ЗОЛОТОЙ ФОНД ПСИХОТЕРАПИИ

Ирвинг Вайнер

Основы психотерапии

2-е международное издание





серия



ЗОЛОТОЙ ФОНД ПСИХОТЕРАПИИ

Irving B. Weiner

Principles of PSYCHOTHERAPY

Second Edition

John Wiley & Sons, Inc.

New York • Chichester • Weinheim • Brisbane • Singapore • Toronto

Ирвинг Вайнер

Основы ПСИХОТЕРАПИИ

2-е международное издание


Санкт-Петербург
Москва · Харьков · Минск
2002

Ирвинг Вайнер

Основы психотерапии

2-е международное издание

Серия «Золотой фонд психотерапии»

Перевели с английского Е. Антонова, В. Белоусов

Главный редактор	*Е. Строганова*
Заведующий редакцией	*Л. Винокуров*
Руководитель проекта	*Е. Цветкова*
Выпускающий редактор	*А. Борин*
Научный редактор	*Н. Александрова*
Редакторы	*Г. Губашева, Л. Лобень, В. Попов*
Художник обложки	*К. Радзевич*
Корректор	*М. Рошаль*
Верстка	*И. Смарышева*

ББК 53.57 УДК 615.851

Вайнер И.

В14 Основы психотерапии. — СПб.: Питер, 2002. — 288 с. — (Серия «Золотой фонд психотерапии»).

ISBN 5-318-00677-9

В общих чертах изложены теоретические и научно-исследовательские основы психотерапии, выделены универсальные принципы, применимые к любому психотерапевтическому подходу. Новое издание классической работы доктора Вайнера включает также материалы исследований последних лет. В данной книге принципы, теория и результаты различных психотерапевтических исследований объединены в систему простых и понятных практических рекомендаций по проведению психотерапии (от вводной беседы до заключительной фазы). Книга написана характерным для доктора Вайнера доступным и в то же время научным языком, поэтому она окажется полезной и студентам, и опытным практикующим психотерапевтам.

ISBN 5-318-00677-9

ISBN 0-471-19128-0 (англ.)

ООО «Питер Принт». 196105, Санкт-Петербург, ул. Благодатная, д. 67.
Лицензия ИД № 05784 от 07.09.01.
Налоговая льгота – общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2; 953000 – книги и брошюры.
Подписано в печать 21.03.02. Формат 70×100/16. Усл. п. л. 23,22. Тираж 4500 экз. Заказ № 161.
Отпечатано с готовых диапозитивов в ФГУП «Печатный двор» им. А. М. Горького
Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.

Оглавление

Предисловие

Эта книга, как и первое издание «Принципов психотерапии», адресована практикующим психотерапевтам; она является, прежде всего, руководством, в котором излагаются принципы проведения психотерапии в клинической практике. В ней даны подробные рекомендации по проведению психотерапии на каждой ее стадии, начиная с диагностической беседы и кончая заключительной фазой. Эти рекомендации дополнены наглядными примерами того, как терапевт должен вести себя и что он должен говорить в конкретной ситуации.

По стилю, структуре и организации материала это издание имеет много общего с предыдущим, однако сам текст был изменен практически полностью и отражает научные представления и знания, накопленные к концу 1990-х годов. Темы и проблемы, рассмотренные в предыдущем издании и не потерявшие своей актуальности, изложены в соответствии с теоретическими и практическими разработками, которые появились после выхода первого издания. Вопрос о том, как следует проводить психотерапию, рассматривается с учетом последних теоретических и практических разработок, что нашло выражение, например, во внимании к таким актуальным темам, как этическая грамотность, межкультурное взаимодействие, краткосрочная психотерапия и значение грамотного управления в системе здравоохранения. О количестве внесенных изменений свидетельствует то, что в данном издании сохранилась библиография только классических работ, а основная часть источников, общим количеством более 400, была опубликована уже после 1985 года.

Признавая важность новейших разработок в теории и практике, следует отметить, что взгляд на ряд основополагающих научных и прикладных вопросов, с которыми должен быть знаком каждый психотерапевт, остался неизменным с 1975 года. Поэтому идеи, которые сформировали концепцию издания и были использованы при его подготовке, остались неизменными. Во-первых, там, где это возможно, предлагаемые рекомендации подкрепляются результатами практических исследований. В каждой главе автор перечисляет источники, на которые он

опирался при освещении того или иного вопроса, не смешивая при этом клинические данные с эмпирическими. Рекомендации, которые невозможно подкрепить результатами научных исследований, основаны на практике. Выходя за рамки вспомогательных исследований и клинических данных, автор книги постоянно подчеркивает важность проведения психотерапии на концептуальной основе, которая включает в себя цели лечения, а также стратегию и тактику их достижения. Именно эта концептуальная основа позволяет психотерапевту принять решение о наиболее эффективном способе вмешательства.

Подход к психотерапевтической практике, в котором гармонично сочетались бы клинические и научно-исследовательские разработки, позволил бы сократить существующий, к сожалению, трудно преодолимый разрыв между ними. Читатель, знакомый с современными спорами между теоретиками и практикующими специалистами, поймет, что содержание приведенного ниже отрывка из предисловия к изданию 1975 года остается более чем актуальным и сегодня.

> Практикующие психотерапевты иногда рекомендуют используемые ими процедуры так, будто личная убежденность тождественна валидности, а авторы теоретических работ иногда представляют полученные ими данные так, как если бы значимые исследовательские результаты сами по себе были целью, а не средством создания более совершенных процедур. Диалог между сторонниками этих подходов не всегда отличается дружелюбием. Теоретики психотерапии обвиняют практиков в игнорировании эмпирических данных или неумении делать из них правильные выводы, а также в примыкании к братству «верующих», которое поощряет приверженность каждого своей вере и отметает любые противоречащие ей факты. Практикующие психотерапевты, в свою очередь, обвиняют ученых-исследователей в неспособности осознать всю сложность взаимодействия в реальной клинической ситуации и в том, что они строят эксперименты, руководствуясь критерием осуществимости, а не стремясь в полной мере отразить взаимодействие множества факторов, характеризующее реальный психотерапевтический процесс.

Сегодня, как и в 1970 году, обвинения обеих сторон небеспочвенны. В любой научной сфере применение научно-исследовательских достижений начинается не сразу, что справедливо и по отношению к психотерапии. В то же время опытные исследователи с готовностью признают наличие неразрешенных по сей день затруднений, связанных с невозможностью свести все тонкости клинического взаимодействия психотерапевта с пациентом к операциональным определениям исследовательских целей. Однако, несмотря на все недостатки сугубо практического и теоретического подходов, оба они вносят существенный вклад в психотерапию и дополняют друг друга. Научные гипотезы рождаются в клинической практике, и именно в психотерапевтической работе проверяется состоятельность выводов, полученных в научных исследованиях. Клиническая практика, в которой не используются результаты исследований, бесперспективна и затрудняет как поиски научной истины, так и оказание достойных доверия психотерапевтических услуг.

Однако отсутствие бесспорных научных фактов не должно быть препятствием для использования процедур, которые, по мнению психотерапевта, помогут обратившемуся к нему человеку. Следует с доверием относиться к знаниям, накоп-

ленным в клинической практике, иначе недостаточная научная разработка некоторых проблем приведет к полному бездействию. Поскольку не существует научно обоснованных методов на каждый случай, психотерапевт должен обращаться к теоретическим формулировкам или прибегать к помощи опытных клиницистов, которые выработали стратегии, доказавшие свою эффективность на практике.

Одним из условий успешной учебной, преподавательской и практической деятельности в области психотерапии является использование теоретической модели функционирования личности и изменения поведения. Теоретической основой этой книги стали психодинамические представления о психотерапевтическом процессе. Однако к какому бы направлению ни принадлежал психотерапевт, некоторая эклектичность всегда идет на пользу. Различные теории внесли свой вклад в понимание того, что обеспечивает эффективность психотерапии, а результаты исследований подтверждают гипотезы, возникшие в рамках разных концептуальных направлений.

В связи с этим следует отметить следующее. Несмотря на то что представленный ниже материал отражает преимущественно психодинамическую модель, в книге также уделяется внимание принципам, занимающим центральное положение в других подходах, а именно: психотерапия рассматривается как процесс межличностного взаимодействия, характер которой определяется коммуникацией, происходящей во время этого взаимодействия; успех психотерапии во многом зависит от способности психотерапевта создать атмосферу принятия, уважения, доверия и искренности; психотерапия по существу является процессом обучения, при котором польза, извлекаемая пациентом, зависит от его готовности учиться осознавать и контролировать свое поведение; цель психотерапии заключается не только в позитивном изменении поведения, но и в развитии самосознания и самоконтроля; позитивные изменения в поведении проявляются не только в избавлении от эмоционального дистресса, но и в раскрытии внутренних возможностей пациента для более продуктивной работы и улучшения отношений с людьми.

Общеизвестно, что факторы изменения состояния пациента в процессе психотерапии делятся на общие и специфические. Общие факторы обусловливают в основном сферу отношений между пациентом и психотерапевтом и заключаются: а) в предоставлении пациентам возможности выразить свои мысли и чувства; б) в создании посредством этих отношений условий для самоанализа, в ожидании изменений и отклика на попытки психотерапевта способствовать этим изменениям. К специфическим факторам, благоприятствующим изменению, относятся специальные приемы, используемые психотерапевтом для стимулирования изменений в поведении пациента и для более быстрого достижения целей психотерапии. Таким образом, продуктивный психотерапевтический альянс и совершенное владение психотерапевтом специальными приемами являются взаимодополняющими факторами эффективной психотерапии. Неудачный выбор процедуры уменьшает или сводит на нет пользу, которую могли бы принести открытые, доверительные отношения между терапевтом и пациентом, и в то же время виртуозное применение специальных приемов становится бессмысленным при отсутствии психотерапевтической атмосферы, создающей условия для восприимчивости к этим приемам. По этой причине в изложении материала общие (взаимоотношения)

и специфические (грамотное использование специальных приемов) факторы, способствующие личностным и поведенческим изменениям в процессе психотерапии, тесно переплетаются.

Книга состоит из четырех частей. Часть первая начинается с рассмотрения сущности и целей психотерапии (глава 1). Главы 2 и 3 посвящены характеристикам пациента и психотерапевта, при этом главное внимание уделяется особенностям, определяющим конечный результат психотерапии. В главе 4 анализируется процесс психотерапии, о котором более подробно рассказывается в последующих главах книги.

Вторая часть книги посвящена начальной фазе психотерапии, в том числе диагностике и оценке состояния человека, обратившегося к психотерапевту (глава 5); психотерапевтическому контракту и этапам его заключения (глава 6); методам проведения беседы, обеспечивающей максимальное участие пациента в процессе психотерапии (глава 7).

В третьей части рассматривается средняя фаза психотерапии; в ней описываются методы, позволяющие психотерапевту донести до сознания пациента свое понимание его ситуации через интерпретацию (глава 8); методы распознавания и преодоления сопротивления пациента психотерапевтическому воздействию (глава 9); методы выявления и использования скрытых факторов, влияющих на психотерапевтический процесс и проявляющихся в характере взаимоотношений пациента и психотерапевта — в виде переноса (глава 10) и противопереноса (глава 11).

В четвертой части внимание уделяется определению оптимального момента завершения психотерапии (глава 12).

В конце я хотел бы выразить глубокую признательность Эдварду Бордину (Edward Bordin) и Полу Девальду (Paul Dewald), моим наставникам, от которых я получил ценные указания при написании этой работы. Я надеюсь, что на страницах этой книги нашли отражение их мудрые советы и тонкое понимание человеческой личности.

Ирвинг Б. Вайнер
Тампа, Флорида

Часть I

Введение

Глава 1

Сущность и цели психотерапии

Психотерапия — это процесс межличностного взаимодействия, при котором психотерапевт дает понять пациенту, что он понимает, уважает его и стремится ему помочь. Понимание, уважение и готовность оказать помощь требуются от большинства квалифицированных специалистов, работающих с пациентами, имеющими различные психологические проблемы, однако психотерапия уникальна тем, что психотерапевт стремится довести до сознания пациента свое понимание его проблем. Хотя и другие методы воздействия на психику, такие как медикаментозное вмешательство, формирование поведения и психотерапия, использующая социальные воздействия*, подразумевают осознание пациентом того, что его проблемы понимают, однако при их применении понимание пациента становится лишь вспомогательным средством повышения эффективности вмешательств. При психотерапии же передача информации, касающейся пациента, осуществляется в явной форме и является ключевой характеристикой метода[1].

Психотерапия и большинство других методов, используемых сегодня для оказания помощи людям, имеющим психологические проблемы, не взаимоисключают друг друга. Грамотное применение медикаментозной терапии, терапии, основанной на подкреплении продуктивных форм поведения, и терапии, использующей социальные воздействия, обычно включает в себя сообщение пациенту о том, к какой сфере, скорее всего, относятся его проблемы и каким образом используемые процедуры могут оказать благотворное воздействие. Обсуждая с пациентом такого рода вопросы и вовлекая его в процесс лечения в качестве активного участника, психотерапевт занимается психотерапией. Если же психотерапевт переключает внимание с попыток довести до сознания пациента сущности его проблем на указания, что делать, или на назначение медицинских препаратов, применяемую им форму воздействия нельзя назвать психотерапией, хотя иногда эта форма оказывает психотерапевтическое воздействие. В современной клинической практи-

* То есть изменение среды функционирования пациента. — *Примеч. науч. ред.*

ке при работе с людьми, имеющими психологические проблемы, элементы психотерапии зачастую объединяются с элементами других психосоциальных воздействий. Чем большее внимание уделяется открытому обсуждению проблем пациента, тем больше оснований считать проводимое лечение психотерапией; чем менее значимая роль отводится общению с пациентом, тем правильнее говорить о каком-то ином виде воздействия, но не о психотерапии.

Определяя психотерапию как проявление понимания пациента, уважения и желания оказать ему помощь, мы сталкиваемся с вопросом: может ли психотерапию проводить человек, не получивший специальной подготовки в этой области? Например, может ли возникать тот особый вид коммуникации, составляющий суть психотерапии, при общении двух друзей, обсуждающих какую-то проблему? Если психотерапия заключается в особом виде поведения, было бы нелогично предположить, что это поведение является психотерапией только в том случае, когда его реализует получивший профессиональную подготовку психотерапевт. Из этого следовало бы, что поведение не может быть одним и тем же, если оно осуществляется разными людьми. Поэтому представление о психотерапии как о некоем способе поведения, направленном на передачу особого рода сообщения, подразумевает возможность такого поведения в любой ситуации межличностного общения.

Однако сказать, что психотерапия *может* быть проведена случайно, не значит сказать, что чаще всего так и происходит. Вероятность того, что общение двух людей является психотерапией, значительно выше, если один из них — сведущий, квалифицированный психотерапевт, следующий определенной стратегии вмешательства, цель которого заключается в оказании человеку помощи. Большая вероятность психотерапевтического эффекта в первом случае — в ситуации, когда специалист и пациент пытаются вместе работать над проблемой пациента — объясняется некоторыми различиями между психотерапевтическими отношениями профессионального характера и другими видами межличностных отношений.

Во-первых, подготовка, которую получает психотерапевт, позволяет ему понимать психологические проблемы другого человека лучше, чем любому, пусть даже самому эмпатичному непрофессионалу; кроме того, в процессе специальной подготовки психотерапевт осваивает приемы, которые дают возможность выразить и довести до сознания пациента это понимание. Хотя людям, обладающим природной интуицией, свойственна восприимчивость к чувствам и мыслям другого человека, от них нельзя ожидать последовательности и успешности в попытках перевести свои интуитивные догадки на логический язык и довести их до сознания пациента, что характерно для лиц, прошедших специальную подготовку и имеющих опыт в данной сфере. Например, если профессионалы во время психотерапевтических сеансов концентрируют свое внимание на вопросах, важных для процесса психотерапии, то помощь отзывчивых, но не имеющих профессиональной подготовки людей заключается в неформальной беседе и попытках дать совет (Gomes-Shwartz & Shwartz, 1978).

Во-вторых, отношения между профессиональным психотерапевтом и пациентом не носят взаимного характера, во всяком случае, в том смысле, в котором взаимными, как правило, являются все отношения другого типа. В психотерапии

интересы, нужды и благополучие пациента всегда стоят на первом месте; психотерапевт редко просит в ответ принять во внимание собственные интересы, нужды и благополучие. В отличие от друзей и знакомых, психотерапевт не включает в отношения с пациентом обсуждение своих проблем и забот, не реагирует на гнев и обвинения со стороны пациента попытками защититься или ответной агрессией и не принимает решения о том, продолжать ли отношения с пациентом в зависимости от того, насколько ему приятно общение с ним.

Нельзя сказать, что у психотерапевта нет своих проблем и забот, что он не испытывает по отношению к пациенту никаких чувств, что у него иногда не хватает опыта или пропадает желание заниматься психотерапией. Скорее, специальная подготовка не дает таким естественным реакциям быть препятствием в выполнении своих обязанностей. Профессиональный психотерапевт направляет свои усилия на понимание пациента и оказание ему помощи, позволяя собственным переживаниям вторгнуться в ситуацию общения с пациентом только в тех случаях, когда это может помочь терапии. Друзья же, напротив, пытаясь помочь друг другу, чаще всего начинают делиться собственными мыслями и собственным опытом и значительно менее склонны к проявлению эмпатического понимания (Reisman, 1986).

В-третьих, профессиональные психотерапевтические отношения, в отличие от других форм межличностных отношений, характеризуются формальными обязательствами сторон и некоторыми ограничениями. Психотерапевт и пациент договариваются о регулярных встречах в определенное время и о том, что продолжение этих встреч будет зависеть от нужд пациента. Время психотерапевтических сеансов в той мере, в какой это приемлемо для психотерапевта, целиком принадлежит пациенту; кроме того, за исключением случайных встреч, пациент и психотерапевт не общаются и не обсуждают темы, не связанные с эмоциональными проблемами пациента. Эти меры подчиняют действия профессионального психотерапевта единой цели — оказание помощи пациенту, — что является редкостью в любых других отношениях между людьми.

Подводя краткий итог, отметим, что профессиональная подготовка психотерапевта, отсутствие отношений личного характера, а также формальная договоренность между обоими участниками создают оптимальные условия для того, чтобы пациент почувствовал со стороны психотерапевта понимание, уважение и желание оказать помощь. И напротив, в ситуации межличностного общения, которая лежит вне сферы психотерапии, недостаток навыков понимания и интерпретации поведения человека, отсутствие формального соглашения о совместной работе над определенной проблемой, а также потребность обеих сторон в понимании, уважении и получении помощи сводит к минимуму возможность психотерапевтического воздействия одного человека на другого.

Подходы к психотерапии

Хотя понятие психотерапии уже есть понятие методов, с помощью которых можно достигнуть психотерапевтического эффекта, на определение задач самой психотерапии также существуют различные взгляды. Во-первых, проявление пони-

мания, уважения и готовности помочь не ограничивается ситуациями взаимодействия двух людей или ситуациями взаимодействия в определенной обстановке. Оно может быть направлено сразу на несколько пациентов, как, например, при групповой и семейной психотерапии; кроме того, возможна одновременная работа нескольких психотерапевтов: с группами, семьями или даже с одним пациентом. Психотерапия может проводиться как с детьми и подростками, так и со взрослыми; а также в таких разных местах, как клиника, школа, тюрьма. Во-вторых, единого, универсального подхода к проблеме понимания поведения человека и наиболее эффективного доведения этого понимания до его сознания не существует. Существует ряд систем, или видов психотерапии, основанных на различных концепциях нормы и патологии, которые можно объединить в три большие категории: психоаналитическая и психодинамическая терапия, поведенческая и когнитивно-поведенческая терапия, гуманистическая и экзистенциальная терапия. Кроме того, существует ряд эклектических, или интегративных, подходов, где используются приемы, разработанные в других направлениях, или концепции, объединяющие понятия из различных теорий[2].

Будущим психотерапевтам, столкнувшимся с этим разнообразием теорий и методов, будет полезно иметь в виду два достоверных факта. Во-первых, не существует каких-либо убедительных доказательств того, что какое-то направление, какая-то концепция или какие-то особые приемы психотерапии в целом дают результат значительно лучший, чем другие. Один вид психотерапии может подходить пациенту больше, чем другой, что зависит от его личностных особенностей и предпочтений; кроме того, некоторые процедуры особенно эффективны при наличии определенной симптоматики. Однако в целом результаты наиболее распространенных видов психотерапии при работе с разными пациентами, имеющими различную симптоматику, примерно одинаковы (Lambert & Bergin, 1992, 1994; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Norcross, 1988; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass, & Miller, 1980).

Во-вторых, есть серьезные основания полагать, что благотворное воздействие оказывают все основные виды психотерапии, и их применение к лицам, имеющим психологические проблемы, приводит к лучшим результатам, чем бездействие или использование плацебо. Однако психотерапия может помочь не каждому; примерно у 10% пациентов во время курса психотерапии наблюдается ухудшение состояния. Тем не менее данные исследований свидетельствуют о том, что в среднем пациент, прошедший курс психотерапии, чувствует себя лучше, чем 80 % участников контрольной группы, не проходивших курс психотерапии. Кроме того, есть основания утверждать, что состояние пациентов, улучшившееся благодаря психотерапии, остается стабильно хорошим довольно продолжительный период времени (Lambert & Bergin, 1992, 1994; Lipsey & Wilson, 1993; Seligman, 1995; Shadish et al., 1997; Whiston & Sexton, 1993). Общая эффективность психотерапии была наглядно продемонстрирована как на примере работы с детьми и подростками, так и на примере работы со взрослыми пациентами (Kazdin, 1990; Weisz & Weisz, 1993), поэтому нельзя не согласиться со следующим выводом, который делает Ламберт (Lambert, 1991) во вступлении к своей работе, посвященной анализу исследований в области психотерапии: «Свидетельства эффективности психоте-

рапии настолько красноречивы, что для большинства специалистов этот вопрос не представляет больше исследовательского интереса» (р. 2).

Помня о доказательствах равноценности и эффективности различных видов психотерапии, следует избегать ограниченных суждений об изначальном превосходстве одной формы психотерапии над другими и исключительном праве на истину. Даже З. Фрейд (1904/1953), который неизменно отдавал предпочтение своим собственным методам, не был чужд общепримиряющей позиции, высказав следующее соображение: «Существует много методов и способов проведения психотерапии. Хороши все методы, которые ведут к выздоровлению» (р. 259). Впоследствии сходство результатов использования разнообразных форм психотерапии привело к более интенсивному обмену идеями между сторонниками разных подходов, к активизации сотрудничества представителей разных научных школ и к возникновению новых концепций и исследовательских работ, объединяющих идеи различных направлений[3].

Как было отмечено в предисловии, в этой книге психотерапия рассматривается прежде всего в свете психодинамической концепции, однако особо подчеркиваются принципы, применимые и во многих других психотерапевтических подходах. Психодинамические принципы относятся к любым формам психотерапии, направленным на развитие самосознания человека и использование отношений между пациентом и психотерапевтом для достижения этой цели. Показательно в этом плане то, что различные психотерапевтические подходы имеют много общего в создании определенной атмосферы, в целенаправленности усилий, а также в особом характере отношений между пациентом и психотерапевтом. Кроме того, широкое признание получил тот факт, что достижению позитивных изменений способствуют как благоприятная атмосфера, так и правильное использование специальных приемов[4]. Соответственно, принципы психотерапии, представленные в этой книге, относятся к взаимодействию позитивных терапевтических отношений и специальных методов воздействия для достижения целей терапии.

Цели психотерапии

Цели психотерапии — избавление пациента от эмоционального дистресса, содействие в разрешении его жизненных проблем, помощь в изменении тех личностных особенностей и моделей поведения, которые препятствуют реализации внутреннего потенциала для плодотворной работы и созданию зрелых отношений с другими людьми. Пользуясь сходными понятиями, Страпп (Strupp,1996) определяет психотерапию как «использование профессиональных отношений для избавления от страданий и для личностного роста» (р. 1017). Существует множество путей, ведущих к этим целям, причем это не только психотерапевтические процедуры, но и удачное стечение жизненных обстоятельств, способствующее улучшению эмоционального состояния человека и расширяющее его возможности для самореализации. Уже отмечалось, что ключевой характеристикой психотерапии как способа избавления от тягостных симптомов и достижения позитивных изменений в личности и поведении является содействие пациенту в более глубоком понимании им самого себя.

Иногда методы психотерапии путают с ее целями, а это ведет к ошибочному представлению о том, что основная задача психотерапевта — помочь человеку понять самого себя, без должного внимания к тому, насколько человек адаптирован к условиям повседневной жизни. Более глубокое самопонимание, которому способствует эффективная коммуникация с психотерапевтом, — это средство получения позитивных результатов, но не цель психотерапии. Инсайт — всего лишь способ, чтобы добиться улучшения адаптации пациента; но инсайт без избавления от симптомов и положительных изменений в поведении нельзя считать благоприятным исходом. Развитие самопонимания без повышения способности к адаптации свидетельствует о том, что:

а) либо достижение инсайта не имеет отношения к проблемам и нуждам пациента;

б) либо существует сопротивление изменениям, которое еще предстоит выявить и понять.

В любом из этих случаев необходима более продолжительная или глубинная психотерапия; кроме того, может потребоваться смена психотерапевта или вида психотерапии.

Более подробно цели психотерапии рассматриваются в главе 12, где, в частности, обсуждается вопрос об определении оптимального момента завершения психотерапии. Следующие три главы первой части посвящены описанию трех основных составляющих психотерапии: пациента, обратившегося за помощью; психотерапевта, который пытается оказать помощь; процесса психотерапии, в котором участвуют обе стороны.

Примечания

1 В своей работе «К интеграции психотерапии» Райсман (Reisman, 1971) анализирует подход к определению понятия психотерапии и выделяет психотерапию из большой категории воздействий, которые могут оказывать психотерапевтический эффект. Объединяя различные точки зрения, Райсман дает прекрасную возможность приблизиться к пониманию сущности психотерапии. Как отмечают Цайг и Мунион (Zeig & Munion, 1990), существует огромное количество определений психотерапии и представлений о ее сущности. Приведенное в этой книге определение, в котором акцентируется внимание на необходимости доведения до сознания пациента понимание его проблем психотерапевтом, имеет много общего с современными определениями, предложенными другими авторами: Garfield, 1995, chapter 1; Marmor, 1990; Strupp & Butler, 1990; Wolberg, 1988, chapter 1.

2 Описания и сравнительный анализ психотерапевтических подходов предлагает целый ряд авторов: Bergin & Garfield, 1994a, chapters 10–12; Bongar & Beutler, 1995; Dobson, 1988; Freedheim, 1992, chapters 4–8, 17–20; Gurman & Messer, 1995; Hersen, Kazdin, & Bellack, 1991, chapters 28–33; Kuehlwein & Rosen, 1993; Lietaer, Rombauts, & Van Balen, 1990; Mahoney, 1995; Mahrer, 1996; Messer & Warren, 1995; Mitchell & Black, 1995; Stricker & Gold, 1993,

chapters 5–11; Turner, Calhoun, & Adams, 1992; Wachtel & Messer, 1997; Wallerstein, 1995.

3 Этот исторический процесс и его роль в разработке интегративной теории психотерапии рассматривают Beitman, Goldfield, & Norcross, 1989; Castonguay & Goldfield, 1994.

4 Черты сходства и различия между разными подходами к психотерапии подробно рассматривают и обсуждают такие авторы, как Arnkoff, Victor, & Glass, 1993; Beitman, 1987, 1992; Garfield,1995, chapter 6; Greencavage & Norcross, 1990; Miller, Duncan, & Hubble, 1997; Orlinsky & Howard, 1987; Weinberger, 1993; I. Weiner, 1991.

Глава 2

Пациент

Психотерапевт не должен исходить из того, что люди, обращающиеся к нему, знают, в чем состоит психотерапия, готовы и имеют основания пройти курс психотерапии. Прежде чем начать психотерапию, необходимо выяснить, при каких обстоятельствах и почему пришел пациент, его представления о психотерапии, чего он надеется достигнуть с ее помощью и что вызывает его опасения. Необходимо определить и личностные особенности пациента с точки зрения возможности и продуктивности будущей работы.

При каких обстоятельствах люди обращаются к психотерапевту

Люди обращаются за психологической помощью главным образом по направлению врача, учреждения или организации или по собственной инициативе. Одни пациенты, направленные врачом, сами высказывают просьбу о помощи в разрешении личных проблем; другие приходят с соматическими жалобами, в которых врач усматривает существенный психогенный компонент. Пациенты, обращающиеся не по рекомендации специалистов, иногда принимают решение о необходимости психотерапии самостоятельно, однако чаще всего они приходят к этому выводу, обсудив свою проблему с близким человеком, супругом, священником или другом.

К учреждениям и организациям, обычно направляющим к психотерапевту, относятся центры помощи семье, учреждения социального обеспечения, школы суды, место работы. Направление на психотерапию от учреждения или организации может носить принудительный характер. Всеобщее признание и авторитет психотерапии сформировали практику обязательного прохождения психотерапии лицами, получившими условный срок по уголовным обвинениям; психотерапия является необходимым условием допуска в школу после временного исключения,

для получения государственного пособия, сохранения места работы или ответственной должности после эпизода нарушения неких норм. Иногда элемент принуждения присутствует и при обращении к психотерапевту по совету врача или по собственной инициативе. Например, супруг или супруга могут выдвигать в качестве условия сохранения брака прохождение курса психотерапии; врач может рекомендовать психологическое консультирование, рассматривая психотерапевтическое вмешательство как условие для продолжения терапии пациента. Вынужденное обращение к психотерапевту не исключает возможности успешного лечения, однако реакция человека на психотерапию может зависеть от того, обратился он за помощью самостоятельно или под давлением. Выяснение обстоятельств, при которых пациент пришел к психотерапевту, необходимо включить в задачи первоначальной оценки перспектив лечения, о чем более подробно будет говориться в главе 5.

Почему люди обращаются к психотерапевту

Сколько людей — столько оснований для обращения к психотерапевту. Одних беспокоят такие симптомы дистресса, как тревога, депрессия, фобии, навязчивости или трудности, связанные со снижением ясности мышления. Другие сталкиваются с такими жизненными проблемами, как невозможность полноценной профессиональной деятельности, низкая успеваемость в школе, разлад с супругом или социальная изоляция. Некоторые в целом не удовлетворены своей жизнью или разочаровались в себе, не став такими, какими желали себя видеть. Можно провести аналогию между этими распространенными причинами обращения за психологической помощью по собственной инициативе и основными целями психотерапии, указанными в главе 1: избавление от симптомов, разрешение проблем и повышение уровня удовлетворенности жизнью.

Несмотря на то что потенциальных пациентов волнует одна или несколько из вышеперечисленных проблем, они существенно различаются по степени испытываемого психического напряжения, а некоторые обращаются к психотерапевту по причинам, не связанным с какими-либо трудностями в их жизни. Время от времени к психотерапевту приходят относительно благополучные люди: из любопытства, или считая психотерапию символом высокого статуса, благосостояния, или будучи уверенными, что психотерапия сделает их и без того продуктивную, полноценную жизнь еще лучше. При прохождении психотерапевтической подготовки, будущим специалистам нередко требуется или рекомендуется пройти курс психотерапии, с тем чтобы увидеть ее глазами пациента. Тем не менее нет оснований считать, что психотерапия — это забава для тех, у кого в действительности нет никаких неприятностей. Напротив, данные опросов, которые приводят Ольфсон и Пинкус (Olfson & Pincus, 1994), свидетельствуют о том, что у лиц, обращающихся за психологической помощью, по сравнению с населением в целом, больше проблем со здоровьем и профессиональной деятельностью.

Есть и еще одна группа людей, которые приходят к психотерапевту не потому, что хотят пройти курс психотерапии; причина их прихода заключается в том, что они *не* хотят проходить курс психотерапии. От психотерапевта им нужна не по-

мощь, а подтверждение того, что у них нет существенных проблем психологического характера или что в проблемах, которые у них есть, повинны другие люди или обстоятельства. Потенциальные пациенты, обращающиеся к психотерапевту с тем, чтобы удостовериться в отсутствии у них показаний к психотерапии, нередко приходят не по собственной воле. Получив справку, подтверждающую их психическое здоровье, они с полным основанием могут заявить надзирающему за условно осужденными, школьной администрации или супругу: «Мне теперь намного лучше» или «Вот видите, это не моя проблема, а ваша».

Иногда, в случае принудительного направления на терапию, психотерапевту следует засвидетельствовать отсутствие показаний к лечению, а иногда изначально немотивированному пациенту можно и нужно порекомендовать прохождение курса психотерапии с целью разрешения имеющихся проблем. Чтобы успешно действовать в любом из этих направлений психотерапевт для начала должен установить причины обращения к нему пациента.

Представления пациента о психотерапии

За исключением самих психотерапевтов и тех, кто уже имеет опыт обращения к специалисту, большинство людей появляются в кабинете психотерапевта, имея лишь ограниченную либо искаженную информацию о том, чего им следует ожидать. Неосведомленность по этому вопросу чаще всего встречается у пациентов, обращающихся по собственной инициативе, если, конечно, их не проинструктировали более опытные друзья или супруг. Но даже без подобного инструктажа у самостоятельно обратившегося пациента редко бывает полное отсутствие каких-либо представлений о психотерапии, хотя он может это отрицать. При таком обилии информации на экранах, в журналах и книгах мало кому удается оказаться в полном неведении о том, что происходит между пациентом и психотерапевтом, пусть даже и в литературной или в сценической версии.

Многие из тех, кого к психотерапевту направляет врач, учреждение или организация, готовы к обсуждению проблемы необходимости психотерапевтического взаимодействия. Однако эти пациенты не всегда информированы лучше тех, кто приходит по собственной инициативе. Лица, направляющие человека к психотерапевту, сами могут иметь довольно смутные представления о сути психотерапии, и поэтому потенциальные пациенты, с которыми они проводят подготовительную беседу, не получают от них практически никакой полезной информации. Кроме того, побуждая кого-либо отправиться к психотерапевту, эти люди могут вводить его в заблуждение относительно продолжительности, безболезненности и эффективности терапии.

К моменту обращения к специалисту у человека, как правило, уже имеется сложившееся мнение о том, в чем должна состоять психотерапия и чего с ее помощью можно добиться. Одни ждут, что их просто выслушают, другие полагают, что им назначат лекарства, будут проводить гипноз, давать советы, как лучше жить, или составят их психологический портрет. Одни пациенты полагают, что психотерапия — длительный процесс, предполагающий регулярное посещение специалиста, другие считают, что им будет достаточно нескольких сеансов. Некоторые пациен-

ты приходят, надеясь избавиться от обременительных симптомов, другие ждут от психотерапевта помощи в более глубоком понимании себя и своих поступков.

Исходя из представлений пациента о психотерапии, следует учитывать следующий момент. Некоторые полагают, что будут продолжать работу с тем психотерапевтом, к которому они обратились изначально, другие же считают первые сеансы пробными, позволяющими определить, нужна ли помощь психотерапевта, и если нужна, то какого именно; а третьи не имеют четких представлений о психотерапии и о конкретном психотерапевте и рассматривают первый сеанс исключительно как диагностическую консультацию в интересах врача или организации, направивших их к психотерапевту. Так же как обстоятельства и причины обращения, подобные представления необходимо проанализировать до начала лечения, так как успех психотерапии частично зависит от соответствия ожиданий пациента и намерений психотерапевта (см. главу 5).

Надежды и опасения пациента на момент начала психотерапии

Большинство потенциальных пациентов испытывают двойственное чувство по поводу обращения. Даже у высоко мотивированного пациента остаются некоторые сомнения относительно необходимости терапии, тогда как пациенты, обращающиеся к психотерапевту не по собственной воле, в глубине души надеются получить помощь. Такое амбивалентное отношение редко обнаруживается на первых стадиях психотерапии. Высоко мотивированные пациенты не решаются обнаружить свои сомнения, опасаясь разочаровать психотерапевта, а пациенты, пришедшие не добровольно, не осознают или не желают признавать из самолюбия, что видят в психотерапии возможность улучшить свое состояние.

Начиная беседу с психотерапевтом, большинство пациентов надеются как можно быстрее почувствовать себя лучше. Наряду с основными причинами обращения, желание «почувствовать себя лучше» для одних означает избавление от конкретной симптоматики, для других — разрешение определенных проблем, а для третьих — это повышение самооценки и поиск смысла собственной жизни. Что бы ни означало «почувствовать себя лучше», это то, на что надеются и мотивированные пациенты, и те, кто приходит к психотерапевту под давлением, отрицая (по крайней мере, сначала) наличие у себя каких-либо симптомов, проблем или недостатков. То, что другие люди видят необходимость в оказании ему психологической помощи, пациент, пришедший по принуждению, может рассматривать как свидетельство обусловленности своих затруднений жизненными обстоятельствами. Психотерапия не может изменить эти обстоятельства, однако пациент, как правило, на это надеется.

Что касается быстрого улучшения состояния, практически все пациенты настраивают себя на быстрое, волшебное избавление от всех бед. Даже те, кто осознает, что для достижения положительного результата обычно требуются месяцы или даже годы, все же испытывают некоторое разочарование, когда после нескольких сеансов не обнаруживают ощутимых изменений. Кроме того, многие люди обращаются к психотерапевту, ожидая, что он полностью разрешит все их эмоци-

ональные проблемы, раз и навсегда. Заметив, что пациент, явно или скрыто, питает подобные надежды, терапевт должен быть готов обсудить с ним цели и возможные результаты лечения.

Страхи пациентов могут быть не столь очевидны, как надежды; однако опасения в той или иной форме присутствуют всегда. Одни пациенты боятся, что их сочтут сумасшедшими или опасными для общества и госпитализируют. Других тревожит перспектива раскрытия своих сокровенных тайн перед совершенно незнакомым человеком. Третьи боятся узнать о себе или о своем прошлом что-то ужасное, о чем им лучше не знать. Четвертые опасаются, что психотерапия лишит их индивидуальности, помешает творческому росту или приведет к нежелательным изменениям либо в них самих, либо в их жизни. Многих людей, в отличие от тех, кто видит в психотерапии символ престижа, беспокоит социальное клеймо «душевнобольного»[1].

При первой встрече с психотерапевтом пациент, опасаясь, что его сочтут ненормальным, осудят или что он попадет в зависимость, оказывается в весьма затруднительном положении. С одной стороны, он стремится сделать все возможное, чтобы выглядеть в глазах психотерапевта здравомыслящим, компетентным, достойным человеком, способным справляться со своими проблемами. С другой стороны, пациенту необходимо быть достаточно откровенным, чтобы психотерапевт понял его трудности и смог ему помочь. Точность оценки состояния потенциального пациента и необходимость оказания ему помощи зависит от осознанного понимания психотерапевтом влияния этих противоречивых побуждений на поведение человека во время его первого визита.

Характеристики пациента, от которых зависит исход психотерапии

Прежде большое внимание уделялось разработке критериев и подбору «подходящих» пациентов для психотерапии — это было связано с тем, что ответственность за неудачный исход терапии приписывалась пациенту. Сегодня клиницисты в целом признают, что психотерапия может помочь большинству людей, а для оказания этой помощи имеется масса разнообразных методов, эффективность которых уже доказана. Соответственно, специалисту необходимо отказаться от подбора пациентов и направить свои усилия на выбор метода лечения, отвечающего нуждам и возможностям каждого индивидуально. Пациентов, которым показан вид лечения, не входящий в компетенцию или область интересов психотерапевта, следует направлять к коллегам, лучше подготовленным для проведения такого рода терапии. Люди, обращающиеся за помощью, не обязаны удовлетворять запросам какого-либо психотерапевта или отвечать требованиям отдельного метода. Однако у них должна быть возможность выбора различных методов и разных психотерапевтов, профессионально ими владеющих.

Тем не менее результаты исследований, которые обобщили Ламберт (Lambert, 1991) и Страйкер (Stricker, 1995a), свидетельствуют о том, что а) неудачи психотерапии не являются неотъемлемым свойством определенных психотерапевтических подходов или определенных психотерапевтов; б) пациентам, которым

не помогает один тип лечения, обычно не помогает и любой другой вид лечения. Из этих данных следует, что личностные характеристики пациентов, проявляющиеся в психотерапевтической ситуации, обычно существенным образом влияют на исход психотерапии. Многие авторы утверждают, что индивидуальный стиль пациента, его отношение к психотерапии и степень участия в ней являются наиболее значимыми факторами, определяющими то, произойдут ли изменения в результате разного вида психотерапевтических воздействий, и если произойдут, какого рода будут эти изменения. Следующими по значению, как правило, называют фактор отношений, складывающихся у пациента и психотерапевта, а только затем методы, используемые при терапии[2].

Характер психотерапевтических отношений лишь частично определяется психотерапевтом, выбор же методов лечения целиком находится в его компетенции. Этим аспектам влияния психотерапевта во время взаимодействия с пациентом посвящена большая часть последующих глав. А пока мы рассмотрим характеристики пациентов, связанные с достижением изменений в процессе психотерапии, обсудим некоторые качества людей, влияющие на исход психотерапии *в большинстве случаев* или *иногда*, и некоторые качества, *чаще всего не влияющие* на исход психотерапии.

Основные характеристики, связанные с исходом терапии

Накопленные данные свидетельствуют о том, что указанные ниже характеристики пациента повышают его шансы на благоприятный результат.

1. *У пациента, обращающегося к психотерапевту, достаточно сохранна структура личности, при высоком уровне субъективно ощущаемого дистресса.* Клинические наблюдения и экспериментальные исследования указывают на то, что наилучшие шансы на достижение позитивных результатов имеют люди, функционирование личности которых практически не нарушено. Психическое здоровье и сильное эго являются источниками успеха психотерапии, тогда как наличие глубокого расстройства снижает вероятность положительного исхода. Хотя ограниченность ресурсов личности не обязательно исключает возможность успешной психотерапии, она требует особенно высокого уровня проведения терапии и мастерства психотерапевта.

Помимо общего психического здоровья, успеху психотерапии способствует наличие эмоционального дистресса, переживаемого пациентом в связи с событиями его жизни. Чем более тревожен или подавлен человек (до определенных пределов) в момент обращения к психотерапевту, тем выше вероятность того, что он продолжит лечение, вступит в активное взаимодействие с терапевтом, и тем больше пользы оно ему принесет[3]. Переживание дистресса — одна из трех характеристик пациента, чаще всего упоминаемых в качестве общих факторов, способствующих позитивным изменениям при любом виде психотерапии (Greencavage & Norcross, 1990); два другие — это мотивация пациента к прохождению терапии и ожидание изменений. О них речь пойдет ниже.

Прежде чем продолжить наше рассуждение, отметим, что иногда из зависимости позитивного результата психотерапии от адекватного функционирования личности пациента делается вывод об эффективности психотерапии только для

тех пациентов, которые в ней нуждаются меньше всего, или о том, что идеальным кандидатом на психотерапию является тот, у кого вообще отсутствуют какие-либо психологические проблемы. Такой поверхностный взгляд может подорвать доверие к психотерапии как к необходимой и ценной форме терапии людей, находящихся в состоянии дистресса, как к проверенному средству сохранения здоровья. Нелепость этого вывода становится очевидной при проведении аналогии с хирургическим пациентом: если предположить, что имеется необходимость в хирургическом вмешательстве, отличное общее физическое состояние обеспечивает наилучшие шансы на скорое восстановление организма, а прогноз для тех, кто не нуждается в хирургическом лечении, вообще неуместен. При прогнозировании результатов психотерапии также необходимо разделять генерализованное расстройство личности и специфические психологические проблемы. Психотерапия лучше всего помогает тем, кто нуждается в ней и стремится ее получить, поскольку сталкивается с некоторыми трудностями, но тем не менее сохраняет способность должным образом функционировать в обществе. Кроме того, убедительно доказано, что психотерапия может привнести позитивные изменения в жизнь большинства пациентов, даже тех, кто страдает серьезными психическими расстройствами с хроническим или рекуррентным течением, требующими госпитализации (см. Coursey, Keller, & Farrell, 1995; Karon & Vandenbos, 1981; Scott & Dixon, 1995; Stone, Albert, Forrest, & Arieti, 1983).

2. *Пациент мотивирован к прохождению курса психотерапии, надеется на изменения собственных чувств и поведения, а также верит в то, что лечение поможет ему добиться этих изменений.* Накоплен значительный объем данных, демонстрирующих зависимость позитивных установок и ожиданий пациента в начале и в ходе терапии от повышения вероятности успеха лечения. Опытные специалисты также считают важнейшей задачей психотерапевта вселять в пациента надежду на получение помощи и давать ему возможность ощутить реальные успехи, поддерживая тем самым эту надежду. Еще до попыток взаимодействия с пациентом психотерапевты могут предсказать, что те, кто стремится к лечению и на момент обращения уже готов к активному сотрудничеству, имеют больше шансов на позитивный исход, чем те, у кого эти проявления мотивации отсутствуют[4].

Хотя изначально сильная мотивация, надежда на получение помощи и позитивные ожидания благоприятного исхода повышают вероятность того, что пациент извлечет из психотерапии максимум возможного, ни один из этих факторов не гарантирует успеха. Пациент, направленный принудительно, пессимистичный пациент, скептичный пациент — всем им психотерапия может помочь в том случае, если у психотерапевта хватит мастерства, чтобы вовлечь их в процесс терапии и сделать активными участниками этого процесса. Однако когда психотерапевту не приходится преодолевать серьезные препятствия к изменению — у высоко мотивированных, оптимистичных пациентов, верящих в успех, в среднем больше шансов на достижение позитивных изменений.

3. *В процессе терапии пациент внушает симпатию, способен выражать свои переживания и опыт и размышлять о них.* Враждебно, негативно настроенные пациенты, недоверчивые и с отталкивающими манерами, могут сделать задачу психотерапевта трудновыполнимой и даже неприятной. Немногим психотерапев-

там, пытающимся не проявлять свое отношение к непривлекательному пациенту во время лечения, удается подавить раздражение или досаду и скрыть подобные чувства от пациента. Такие негативные реакции могут снизить эффективность психотерапевта, так как становятся заметны пациенту. Пациенты, ощущающие неприязнь психотерапевта, вряд ли получат достаточную пользу от психотерапии, возможен и риск вреда психотерапии (Arnkoff et al., 1993; Binder & Strupp, 1997; Freemont & Anderson, 1988; Garfield, 1994; Mohr, 1995). И напротив, чем более привлекательным и достойным кажется пациент психотерапевту, тем легче последнему проявить свой интерес и расположение, которые, как мы увидим в главе 3, играют немаловажную роль в установлении эффективных терапевтических отношений. Способность пациента вызывать симпатию, таким образом, облегчает психотерапевтический процесс, повышая эффективность работы психотерапевта и поддерживая его расположение к пациенту.

Умение пациента выражать словами собственные переживания и анализировать их, наверное, самая очевидная характеристика, влияющая на благоприятный исход психотерапевтического взаимодействия. Понимание психотерапевтом внутреннего мира и проблем пациента зависит от способности пациента рассказывать о себе; чем лучше пациенту удается выражать свои мысли, тем больше значимой информации получит психотерапевт. Успехи пациента, в свою очередь, зависят от способности обдумывать слова психотерапевта, сопоставляя их с самонаблюдениями; чем более пациент способен размышлять над тем, что ему говорят, тем большую пользу он извлечет из замечаний психотерапевта[5].

То, насколько хорошо пациенту удается выражать свои мысли и анализировать собственные переживания, а также степень активности, мотивации и склонности к сотрудничеству, о которых говорилось выше, определяют характер его участия в психотерапии; и есть основания полагать, что характер участия пациента может рассматриваться как главная детерминанта исхода психотерапии (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Образцовые пациенты, воодушевленные надеждами, готовые принимать активное участие в психотерапевтических процедурах и откровенные с психотерапевтом имеют наилучшие шансы извлечь пользу из психотерапии, причем максимально возможную. Как и в случае повышения мотивации и вовлечения изначально негативно настроенных или пассивных пациентов, эффективность выполнения роли пациента человеком, обратившимся за психологической помощью, во многом зависит от мастерства психотерапевта. Некоторые качества психотерапевта, составляющие это мастерство, описаны в главе 3, а последующие главы этой книги посвящены главным образом профессиональным навыкам психотерапевта, посредством которых он может налаживать, поддерживать и использовать хорошие рабочие отношения, отвечающие потребностям пациента.

Второстепенные характеристики, связанные с исходом психотерапии

Спрогнозировать успешность психотерапии иногда помогают еще две особенности пациента, хотя ни одна из них не имеет такого значения, как три только что описанные. Во-первых, сравнительно выше шансы на позитивный результат у людей, высоко или достаточно компетентных в различных жизненных ситуациях.

Компетентность в этом смысле имеет много общего с таким фактором, как сохранность структуры личности, однако более специфична, поскольку связана с конкретными достижениями человека. При прочих равных условиях, люди, успешно использующие свои таланты и благоприятные обстоятельства в академической, профессиональной и социальной сферах, имеют больше шансов на успех и при прохож- дении курса психотерапии. Девальд (Dewald, 1971) так пишет об этом:

> Чем более в поведении человека проявляется настойчивости в достижении цели, чем более удачлив человек в своих начинаниях, тем больше вероятность того, что он не прекратит усилий в ходе терапии и, в конце концов, достигнет определенного успеха (р. 116).

Во-вторых, людям, обладающим средним или высоким интеллектом, психотерапия, как правило, помогает больше, чем тем, кто одарен в меньшей степени. Успех во многом зависит от хорошего владения речью и от способности к формированию понятий, особенно в тех формах психотерапии, где на первом плане стоит вербальная коммуникация и обмен мнениями (Garfield, 1994). Однако, делая прогноз в каждом конкретном случае, к этой характеристике следует относиться с известной осторожностью. Хотя между интеллектом и успешностью психотерапии существует определенная связь, высокий уровень интеллекта не является необходимым условием эффективности психотерапии.

Характеристики, не связанные с результатом психотерапии

В целом такие демографические характеристики, как возраст, пол, семейное положение и социально-экономический статус, не связаны с исходом психотерапии и практически не влияют на ее успешность. Особого упоминания заслуживают возраст, расовая принадлежность и социальный класс, поскольку иногда их называют предикторами исхода психотерапии.

Возраст

Молодым пациентам психотерапия помогает несколько больше; по-видимому, причина заключается в том, что им легче изменить свои привычки, они менее консервативны, легче поддаются убеждению, менее категоричны в своих взглядах; их меньше пугает перспектива пересмотра своих планов на будущее, новой расстановки приоритетов и смены жизненных ориентиров. Однако исследовательские данные не дают оснований связывать реакцию пациента на психотерапию с его возрастом (Garfield, 1994), и методы эффективной психотерапии с пожилыми людьми широко освещены во многих литературных источниках[6].

Раса

Внимание к психологическим проблемам национальных меньшинств включает рассмотрение представлений о том, что а) афроамериканцы, латиноамериканцы и азиаты, проживающие в США (особенно те из них, чей родной язык не английский), обращаются к психотерапевту с проблемами и социальными установками, отличными от таковых у белых американцев; б) для достижения успеха при работе с этими пациентами необходимы новые теории и методы; в) одно из условий благоприятного исхода заключается в том, чтобы пациент и психотерапевт были

выходцами из одной группы национальных меньшинств. Но значительная часть исследовательских данных опровергает эти представления. Проблемы, с которыми обращаются представители национальных меньшинств, и их социальные установки, которые они вносят в процесс психотерапии, обусловлены не столько культурными различиями, сколько индивидуальными, и не отличаются от проблем и социальных установок национального большинства; современные теории и методы при их соответствующей адаптации к особенностям отдельного пациента равно применимы и в группах большинства, и в группах меньшинств; расовая принадлежность психотерапевта влияет на исход лишь в той степени, в какой облегчает сопереживание конкретному пациенту и способствует возникновению симпатии к нему. Поэтому, пока расовые различия не мешают психотерапевту понимать своих пациентов, анализировать их культурный контекст и считать их достойными людьми, их этническое происхождение не будет влиять на вероятность позитивных результатов психотерапии[7].

Как следует из вышесказанного, психотерапия с представителями национальных меньшинств может потерпеть неудачу в том случае, если психотерапевту, из-за отсутствия восприимчивости к культурным особенностям, не удастся наладить хорошие рабочие отношения с пациентом. Хотя в среднем представители других национальностей и рас, начав курс психотерапии, имеют не меньше шансов на успех, чем кто-либо другой, исследовательские данные, которые анализирует Гарфилд (Garfield, 1994) и приводят многие другие авторы, упомянутые в примеч. 7, свидетельствуют о том, что представители национальных меньшинств несколько чаще прекращают психотерапию на ранних этапах и тратят на нее меньше времени, чем средний пациент.

Социальный класс

Традиционно считается, что психотерапия — это выбор для представителей среднего и высшего социальных классов, а у рабочего класса отмечается недостаток искушенности, склонности к самоанализу, психологической готовности и словарного запаса, необходимого для эффективного участия в психотерапевтическом процессе. Поэтому лиц со средним и высоким социально-экономическим статусом направляют к психотерапевту чаще, полагая, вероятно, что им психотерапия принесет большую пользу (см. Garb, 1997). Исследовательские данные, напротив, указывают на отсутствие какой-либо устойчивой связи между социально-экономическим статусом и результативностью лечения. Как и принадлежность к национальному меньшинству, низкий социально-экономический статус предрасполагает к непродолжительности психотерапии и преждевременному ее окончанию. Однако, как и представителям меньшинств, «синим воротничкам» и малообеспеченным пациентам психотерапия помогает не реже и приносит не меньшую пользу, чем пациентам, более благополучным в финансовом и образовательном плане. В США не было обнаружено никакой зависимости между уровнем дохода и пользой психотерапии (Garfield, 1994; Jones, Hall, & Parke, 1991; Lorion, 1973, 1978; Olfson & Pincus, 1994; Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Итак, психотерапевт, каковы бы ни были его убеждения, должен хорошо понимать контекст, в котором живут и работают его пациенты, и оказывать им по-

мощь, продуктивно вовлекая в процесс терапии. Каковы бы ни были демографические характеристики пациентов, как и в случае с активностью их участия в процессе, терапевт должен создавать условия, благоприятствующие позитивному исходу. В этом смысле многие характеризующие пациента переменные, о которых шла речь в этой главе, вступают во взаимодействие с особенностями психотерапевтического альянса, который удается создать психотерапевту. Следующая глава будет посвящена качествам психотерапевта, которые способствуют достижению указанной выше цели.

Примечания

1 Кушнер и Шер (Kushner & Sher, 1991), анализируя проблему страха перед терапией, убедительно доказывают, что беспокойство по поводу посещения психотерапевта недооценивается специалистами в области психического здоровья и мешает нуждающимся людям обращаться за психологической помощью тогда, когда это необходимо. Шэй (Shay, 1996) отмечает, что мужчины особенно склонны к культурно обусловленному избеганию таких ситуаций, как психотерапия, предполагающей открытость и способность делиться сокровенными переживаниями.

2 Решающая роль пациента в исходе психотерапии более подробно рассматривается другими авторами (Bergin & Garfield, 1994b; Blatt & Felsen, 1993; Lambert, 1991; Miller et al., 1997, chapter 3).

3 Эмпирические доказательства позитивного прогноза у пациентов, обладающих сохранной личностью и испытывающих глубокий дистресс, приводят и анализируют многие авторы (Garfield, 1994; Kopta, Howard, Lowry, & Beutler, 1994; Luborsky et al., 1993; Mohr, 1995; Mohr et al., 1990; Wallerstein, 1986). Исследования с использованием метода чернильных пятен Роршаха подтверждают прогностическую значимость обеих характеристик пациента. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что высокие показатели по прогностической рейтинговой шкале Роршаха, с помощью которой измеряется сила эго, являются мощными предикторами успешности психотерапии (Meyer & Handler, 1997). Что касается глубокого дистресса, было обнаружено, что пациенты, у которых отмечается низкий уровень выраженности психологических проблем (при использовании метода Роршаха), представляют для терапевта большую трудность и более склонны к преждевременному прерыванию психотерапии, чем пациенты, у которых изначально имелось больше признаков психологического неблагополучия (Colson, Eyman, & Coyne, 1994; Hilsenroth, Handler, Toman, & Padawer, 1995). С этими данными согласуется обнаруженная с использованием Миннесотского многофазного личностного опросника–2 (*MMPI*–2) непосредственная связь между уровнем тревоги и депрессии пациента в начале психотерапии и показателем достигнутого в ходе психотерапии улучшения (Chisholm, Crowther, & Ben-Porath, 1997).

4 В 1961 году была опубликована классическая работа, посвященная ожиданиям пациента как фактору, способствующему достижению позитивных

результатов психотерапии. Недавно вышло третье издание этой книги (Frank & Frank, 1991). Современные данные, касающиеся психотерапевтического значения установок и ожиданий пациента, обсуждают также и другие авторы (Mohr, 1995; Orlinsky et al., 1994; Seligman, 1995; Weinberger, 1995; Whiston & Sexton, 1993).

5 Способность к самонаблюдению, к самоанализу и к самопознанию называют в научно-исследовательских работах уровнем «психологической готовности». Было обнаружено, что низкие показатели психологической готовности прогностичны в отношении преждевременного окончания психотерапии, тогда как высокие показатели ее связаны с успешным лечением (McCallum & Piper, 1997; Piper, Azim, McCallum, & Joyce, 1991).

6 Разнообразные точки зрения на проблему психотерапии с пожилыми людьми можно найти у следующих авторов: Hinze, 1987; Knight, 1996; Knight, Kelly, & Gatz, 1992; Nemiroff & Colarusso, 1985; Teri & Logsdon, 1992; Zarit & Knight, 1996.

7 Соответствующие концепции и исследовательские данные, касающиеся влияния расовой и этнической принадлежности на исход психотерапии, представлены у следующих авторов: Acosta, Yamamoto, & Evans, 1982; Aponte, Rivers, & Wohl, 1995; Carter, 1995; Casa, 1995; Comas-Diaz & Greene, 1994; Garcia & Zea, 1997; Holmes, 1992; Mays & Albee, 1992; Perez, Foster, Moskowitz, & Javier, 1996; Ponterotto, Casa, Suzuki, & Alexander, 1995; Ramirez, 1991; Sue, Fujino, Hu, Takeuchi, & Zane, 1991; Zayas, Torres, Malcolm, & DesRosiers, 1996.

Глава 3

Психотерапевт

В психотерапию приходят люди разных специальностей и разного уровня подготовки. Подавляющее большинство психотерапевтов получили образование в области клинической и консультативной психологии, психиатрии или клинической социальной работы, хотя сегодня, пройдя соответствующее обучение, право заниматься психотерапией получают многие консультанты в области семьи и брака, психического здоровья, средний медперсонал в психиатрических учреждениях и воспитатели. То, как люди разных профессий начинают заниматься психотерапией, какого рода подготовку они проходят и какое влияние на их жизнь оказывает избранный ими путь, анализирует целый ряд авторов (Guy, 1987; Guy & Liaboe, 1986; Henry, Sims & Spray, 1971, 1973; Kottler, 1993; Murphy & Halgin, 1995; Sussman, 1992; Wolberg). Широкой общественности и специалистам в области психического здоровья необходимо осознать, что психотерапией должны заниматься только те, кто имеет соответствующую квалификацию.

Замечание о необходимости специальной подготовки психотерапевтов небеспочвенно. Сегодня очень многие провозглашают себя специалистами в вопросах человеческого поведения, нет нехватки и в тех, кто считает, что для понимания проблем других людей им достаточно личного опыта. Кроме того, что-то прочитав или услышав о психотерапии, человек может прийти к ошибочному выводу о ее простоте: психотерапевт всего лишь слушает, делится своими впечатлениями по поводу услышанного, и пациенту становится лучше. К сожалению, нередко можно встретить людей, которые, будучи по натуре альтруистами, воображают себя способными помочь другим людям, и шарлатанов, наживающихся на том, что представляют себя профессиональными психотерапевтами. Подобные иллюзии и фальсификации ставят под угрозу благополучие потенциальных пациентов, которые обращаются за психологической помощью, не удосужившись проверить компетентность тех, на кого они возлагают надежды.

Психотерапия — это не безобидная процедура, которая либо помогает человеку, либо не приводит ни к каким изменениям. Данные многочисленных исследо-

ваний свидетельствуют о том, что психотерапия может приносить пациенту и благо, и вред, и то, как психотерапевт проводит лечение (в особенности то, насколько часто он действует или бездействует ошибочно), тесно связано с вероятностью позитивного или негативного исхода[1]. Человек, не прошедший специальной подготовки, может провести беседу, по счастливой случайности обеспечив выполнение некоторых условий, необходимых для достижения позитивного результата, а обратившемуся к нему за помощью поможет простой разговор с благодарным слушателем, который, однако, не имеет ни малейшего представления о том, как ему следует реагировать. С другой стороны, как отмечалось в главе 1, неспециалисту редко удается исполнять психотерапевтические функции так же хорошо и последовательно, как профессионалу, подготовленному для их исполнения, и есть все основания полагать, что тем, кому помогла беседа с дилетантом, работа со знающим психотерапевтом помогла бы значительно больше.

Несмотря на все вышесказанное, результаты целого ряда исследований доказывают, что неспециалисты, обладающие неплохими навыками межличностного взаимодействия, при определенных обстоятельствах с некоторыми пациентами оказываются не менее эффективными в роли психотерапевтов, чем подготовленные профессионалы[2]. Этот переменный успех, вероятно, воодушевит тех, кому хотелось бы умалить значение специальной подготовки в области психотерапии. Однако польза, которую приносят дилетанты, не имеющие каких-либо научных представлений о том, что они делают и зачем, не прибавляет знаний о психотерапевтическом процессе, не позволяет добиться единообразия в практике психотерапии и проводить подготовку психотерапевтов. Более того, описывая ниже требования, предъявляемые к психотерапевту, мы укажем на то, что современные исследовательские данные подтверждают наличие связи между опытом психотерапевта и соответствием его действий нормам психотерапии.

Хороший психотерапевт

Выделить критерии, которым должен соответствовать «хороший психотерапевт», так же сложно, как сформулировать, каким должен быть «хороший пациент». В 1947 году Комитет американской психологической ассоциации по подготовке в области клинической психологии (*American Psychological Association's Committee on Training in Clinical Psychology*) предложил целых 15 характеристик, которыми должен обладать психотерапевт (Shakow, 1947). Затем Хольт и Луборски (Holt & Luborsky, 1958) расширили этот список до 25 пунктов, и с тех пор в большинстве работ, посвященных психотерапии, приводится по меньшей мере несколько критериев, которым должен соответствовать психотерапевт. Перечень характеристик идеального психотерапевта не отвечает на вопрос, способствуют ли эти характеристики позитивному исходу в конкретных психотерапевтических ситуациях, и если да, то каким образом, хотя с теоретической точки зрения он представляет определенный интерес. Так же как понятие «хороший пациент» связано с успешным поиском способа и вида психотерапии, подходящей для пациента, хорошим психотерапевтом можно считать того, кто оказывается полезным для человека, с которым он работает.

Поскольку психотерапия — межличностный процесс, эффективный психотерапевт должен обладать навыками межличностного взаимодействия и способностью использовать эти навыки при работе с пациентами. Профессиональные психотерапевты создают благоприятные отношения, обеспечивая позитивные изменения своим пониманием и уважением, а также оказанием пациенту помощи в раскрытии собственного «Я». Однако обладание развитыми навыками межличностного взаимодействия не гарантирует умения применить их эффективно в клинической ситуации. Вполне может оказаться, что люди, одаренные способностью к интуитивному пониманию внутриличностных процессов (к числу которых, по-видимому, можно отнести великих писателей и драматургов), не сумеют эффективно использовать свою чуткость в контексте психотерапевтических отношений, столкнувшись с тревожным, обремененным проблемами человеком, за которого они должны нести ответственность как клиницисты. В этой главе подробно описаны качества, обеспечивающие эффективность психотерапевта, во-первых, с точки зрения навыков межличностного взаимодействия, которыми он должен обладать, а во-вторых, с точки зрения факторов, влияющих на его способность эффективно их применять.

Навыки межличностного взаимодействия

Профессиональный психотерапевт может создать атмосферу, в которой пациент будет чувствовать себя в безопасности, принятым и понятым. С позиции пациента, эта атмосфера включает в себя межличностное взаимодействие, в котором он ощущает то, что Орлински с коллегами (Orlinsky et al., 1994) называют «аффирмацией* психотерапевта» (*therapist affirmation*), а Вайнер и Бордин (Weiner & Bordin, 1983) ранее определили просто как «внимание со стороны психотерапевта». При эффективной психотерапии пациент ощущает одобрение и внимание психотерапевта, с которым он имеет возможность регулярно встречаться, который выслушивает, относится с уважением и пытается оказать помощь. Известно, что эти аспекты позитивной психотерапевтической атмосферы играют огромную роль и в существенной мере зависят от личностных качеств психотерапевта и применения им определенных навыков межличностного взаимодействия. Качества, желательные для психотерапевта, как и позитивные ожидания пациента, о которых шла речь в главе 2, являются общим фактором, способствующим успеху при любой форме психотерапии[3].

В целях исследования навыки межличностного взаимодействия, необходимые для эффективной психотерапии, как правило, объединяют в три большие категории: *принятие* психотерапевтом, *искренность* психотерапевта и *эмпатия* психотерапевта. В кратком изложении значения этих понятий представлены некоторые специфические рекомендации, касающиеся того, как должен вести себя психотерапевт, чтобы создать атмосферу, способствующую достижению позитивных результатов[4].

---

* *Affirmation* (англ.) — утверждение; здесь: поддержка, принятие. — *Примеч. науч. ред.*

Принятие

Посредством принятия психотерапевт создает обстановку, в которой пациент может позволить себе расслабиться и чувствует, что он в безопасности, что его принимают таким, какой он есть. Профессиональные психотерапевты ценят в пациенте прежде всего человека, вне зависимости от своего отношения к его личностным качествам, образу жизни или поведению. Все, что говорит и делает пациент, специалист принимает безусловно как то, что является «частью» пациента и поэтому достойно понимания, хотя и признает возможность лишения пациента его особого положения в случаях правонарушений или по этическим соображениям, например при явно жестоком обращении с ребенком. Он воздерживается от оценочных суждений в отношении действий пациента и не принимает решения за пациента; кроме того, он дружелюбно настроен, восприимчив, занимает либеральную позицию, не опекает пациента, проявляя тем самым уважение к нему как к независимой личности. Такое уважительное и внимательное отношение — без осуждения пациента и подавления его воли — делает психотерапевтическую ситуацию безопасной, позволяет пациенту ощутить уверенность и избавиться от внутренних барьеров, препятствующих активному участию в процессе лечения.

Формы проявления принятия можно частично проиллюстрировать, пояснив, что *не* подразумевается под принятием. Хотя именно принятием психотерапевт дает понять, что заинтересован в благополучии пациента, принятие не тождественно сочувствию. Обычно, реагируя на рассказ пациента о каких-либо неприятных событиях в его жизни, психотерапевту не следует восклицать: «О, это ужасно!» или «Мне очень жаль». Такие проявления сочувствия предполагают определенное участие, однако их действие ограничено, поскольку они представляют собой оценку ситуации *психотерапевтом* («Это ужасно!») и реакцию на нее *психотерапевта* («Мне очень жаль»), а не обращение к мыслям и чувствам *пациента*. Уважение, а также участие можно проявить, отреагировав на неприятность пациента следующим образом: «Вас это, должно быть, очень расстроило» (при явно горестных событиях) или «Похоже, это вас расстроило» (при не столь явно огорчительных событиях). В этих реакциях проявляются участие и принятие, однако в то же время подчеркивается, что процесс лечения сосредоточен на переживаниях пациента, а не психотерапевта.

Принятие также *не* означает пассивности и полного благодушия психотерапевта, стремящегося сделать ситуацию психологического взаимодействия максимально комфортной. Задача психотерапевта — помочь пациенту понять самого себя, а путь самопознания может быть мучительным. Психотерапевт не должен ставить под угрозу целостность личности и чувство собственного достоинства пациента, однако вполне может позволить себе при необходимости усомниться в рациональности мыслей и чувств пациента, а также целесообразности его поведения. Участие проявляется в стремлении понять другого человека и в способности указать ему на действия, мысли и чувства, являющиеся причиной его психологических затруднений. Психотерапевты, не пытающиеся противостоять пациенту, производят впечатление не принимающих, а отстраненных.

Поэтому с тем, чтобы принести пользу, психотерапевт должен при необходимости оценивать и ставить под сомнение правоту пациента. А чего он не должен делать, так это дискредитировать пациента как личность. Существует значитель-

ная разница между фразой «Это был довольно глупый поступок» (которая, прозвучав в определенном тоне и в подходящий момент, не противоречит принятию и оказывается весьма конструктивным замечанием) и фразой «Вы просто глупец» (являющейся личным оскорблением, свидетельствующей об отсутствии принятия и способной произвести психотерапевтический эффект при совершенно исключительных обстоятельствах). Понятие безоговорочного принятия — в терминах Роджерса (Rogers, 1951, 1957) «безусловно позитивное отношение» (*«unconditional positive regard»*) — означает, что психотерапевт уважает право пациента быть таким, какой он есть, однако не обязательно одобряет все, что тот думает, говорит и делает. И, наконец, когда психотерапевт решает, что должен чувствовать пациент и что ему нужно, принятие не может быть безличным, хотя оно исключает подавление самостоятельности. Слова психотерапевта «Я бы хотел, чтобы вы сделали то-то и то-то» свидетельствуют об участии, но подавляют самостоятельность пациента, снимая с него ответственность за выбор собственной линии поведения. Хотя подобное замечание может служить целям некоторых форм психологического воздействия, особенно при работе с людьми, полностью или почти полностью потерявшими душевное равновесие и нуждающимися в директивном лечении, оно редко оказывается эффективным психотерапевтическим приемом. Но в то же время, чтобы продемонстрировать принятие психотерапевту действительно необходимо проявлять себя в психотерапевтической ситуации как личность и вводить личные местоимения. Таким образом, фразы «Мне кажется, что вы повели себя в этой ситуации не так удачно, как могли бы» или «Я полагаю, вас что-то беспокоит, но вы предпочитаете об этом не говорить» означают, что психотерапевт, не посягая на право пациента действовать в соответствии с собственными соображениями, использует свою наблюдательность и личные впечатления в целях оказания помощи. Если психотерапевт ограничивает себя рамками безличных высказываний, констатируя объективные факты, это часто воспринимается пациентом как отстраненность и равнодушие[5].

Искренность

Чтобы извлечь из психотерапии максимум пользы, пациент должен уметь открыто и чистосердечно выражать свои мысли и чувства. До некоторой степени откровенности пациента способствует принятие его психотерапевтом, вызывающее доверие и ощущение безопасности в психотерапевтической ситуации. Однако пациенту трудно быть открытым и правдивым, если он не видит ответной открытости и правдивости со стороны психотерапевта. В этом и заключается искренность психотерапевта — в ведении прямого личного диалога, основанного на честности и лишенного наигранности.

Для психотерапевта быть искренним означает просто быть самим собой, то есть быть аутентичным человеком, который говорит только то, что думает, и делает только то, что для него удобно и естественно. Фрейд (S. Freud, 1915/1958d, p. 164) подчеркивал, что «в основе психоаналитического лечения лежит правдивость», и предупреждал, что психотерапевты, уличенные пациентом во лжи, уже никогда не смогут достичь уровня доверия, необходимого для полного раскрытия пациентом своих мыслей и чувств. Правдивость также подразумевает, что психотерапевт не пытается представить бесспорным то, в чем он не уверен, или ставить под вопрос

то, в чем он не сомневается. Если психотерапевт не виртуозный актер, пациент быстро заметит расхождение между тем, что он говорит, и тем, что он думает, и сочтет его лицемерным человеком, не заслуживающим доверия.

Пациенты также чутко реагируют на неестественность поведения психотерапевта. Обычно сдержанный психотерапевт, решивший, что пациенту необходимы дополнительные подтверждения принятия, и заставляющий себя улыбаться, произведет впечатление неискреннего. Натянутая улыбка, которую большинство пациентов незамедлительно распознают, — красноречивое свидетельство неискренности психотерапевта. Принятие имеет смысл только в том случае, если оно исходит от людей, верных самим себе. Аналогично, психотерапевт, пытающийся наладить диалог, неуклюже используя разговорный лексикон пациента, тоже будет казаться неискренним. Любой, кто не имел отношения к исполнительскому искусству и сознательно пытается использовать вульгаризмы, сленг, диалект, научные и специальные термины, нетипичные для его речи, будет постоянно сбиваться и спотыкаться, выдавая свою фальшь.

С другой стороны, быть искренним *не* означает открывать все свои чувства и делиться всем, что вызывает беспокойство. Под искренностью подразумевается, что любое выраженное психотерапевтом чувство неподдельно и соответствует его внутреннему переживанию, и то, чем он решает поделиться, является реальным аспектом его личности. Более того, хотя бывают случаи, когда откровенность и самораскрытие психотерапевта может облегчить процесс лечения, стремительный переход к полной открытости столь же неестественен, сколь неестественна чрезмерная сухость. Пациенту трудно увидеть человека в психотерапевте, который скрывается за профессиональной маской и исключительно беспристрастен; однако не менее странным в глазах пациента выглядит психотерапевт, который на первом же сеансе начинает рассказывать о своей личной жизни, о сокровенных мыслях или неразрешенных конфликтах. Даже пациенты, готовые к полной открытости и надеющиеся на такую же откровенность со стороны психотерапевта, понимают, что людям необходимо немного узнать друг друга, прежде чем делиться глубоко личными переживаниями, и преждевременное самораскрытие психотерапевта они воспримут как неестественное и неискреннее.

Эмпатия

Эмпатия — это способность поставить себя на место другого человека и осознать его потребности и чувства. В психотерапии эмпатическое понимание заключается в особом умении психотерапевта распознавать значение того, что говорит и делает пациент. Эмпатичные психотерапевты восприимчивы к мыслям и чувствам пациента и распознают их значение как в отношении непосредственных переживаний пациента, так и в отношении того, что лежит за пределами сознания пациента. Теодор Рейк (Theodore Reik, 1948) выразил сущность эмпатии, озаглавив свой классический труд, посвященный чуткости психотерапевта «Слушая третьим ухом» (*Listening with the Third Ear*)[6].

Эмпатия служит цели установления психотерапевтических отношений, являясь свидетельством понимания психотерапевтом пациента и помогая пациенту лучше понять самого себя. Эмпатии противостоит множество скрытых препятствий, например неверная интерпретация мыслей и чувств пациента, невнима-

тельность, вынесение оценочных суждений, попытка дать совет или чрезмерный интерес к содержанию высказывания, а не к его смыслу для пациента. Каждая из этих оплошностей представляет собой упущенную психотерапевтом возможность проявить эмпатию и оказать пациенту помощь в самопознании.

Эффективная эмпатия подразумевает способность не только понять пациента, но и проявить свое понимание в доступной и приемлемой для него форме. Как и в случае с принятием и искренностью, между тем, что осознает психотерапевт, и тем, что он способен ясно и с пользой донести до пациента, может существовать значительная разница. Даже будучи тонко чувствующим, человек не может стать профессиональным психотерапевтом, пока не научится приемам установления хороших рабочих отношений с пациентами и создания условий для осознания пациентами того, что он о них узнал.

Исследовательские данные свидетельствуют о том, что для эффективного психотерапевта характерны дружелюбие, заинтересованность, естественность и понимание, а неэффективный психотерапевт менее дружелюбен, менее участлив, несколько зажат и не очень восприимчив. Чувство, что тебя признают как личность, достойную уважения, внимательное отношение подготовленного, проницательного специалиста, который прилагает усилия для оказания помощи, приводят к повышению самооценки пациента, оптимизму в отношении потенциальной пользы лечения и энтузиазму в отношении участия в психотерапевтическом процессе.

Соответственно, проявляемое психотерапевтом принятие без подавления самостоятельности пациента, искренность и эмпатия ведут к позитивным результатам психотерапии, тогда как отстраненность, сухость, лицемерие и нечуткость психотерапевта снижают шансы на успех психотерапии. Кроме того, благотворное воздействие профессионально значимых качеств и специфическая роль принятия, искренности и эмпатии психотерапевта в улучшении состояния пациента сохраняют свое значение для большинства видов психотерапии, большинства пациентов, а также для индивидуальной и групповой психотерапии[7]. Поскольку эффективность психотерапевта серьезно зависит от навыков межличностного взаимодействия, Биндер и Струпп (Binder & Strupp, 1997), а также Стайн и Ламберт (Stein & Lambert, 1995) заявляют, что следует уделять больше внимания отбору студентов для подготовки в области психотерапии, используя критерии навыков межличностного взаимодействия и вводя методы развития этих навыков в программу обучения.

Использование навыков межличностного взаимодействия

Способность психотерапевта использовать навыки межличностного взаимодействия, во многом определяющая успех психотерапии, зависит главным образом от трех факторов: а) от уровня подготовки и опыта в проявлении по отношению к пациентам принятия, искренности и эмпатии; б) от отсутствия у психотерапевта невротических проблем, препятствующих реагированию в соответствии с нуждами пациента; в) от того, в какой мере взаимодействие с конкретным пациентом раскрывает возможности психотерапевта оказать помощь этому пациенту.

Обучение и опыт

Как отмечалось ранее, успех психотерапии во многом зависит от мастерства психотерапевта. Исследования Луборски и его коллег (Luborsky et al., 1986; Luborsky, McLellan, Diguer, Woody, & Seligman, 1997; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985) свидетельствуют о том, что психотерапевты в значительной мере различаются тем, насколько успешно они работают с определенными типами пациентов и в целом со своей клиентурой, с их разнообразными проблемами и особенностями. Это существенное различие в уровне эффективности обычно рассматривается исследователями как результат различий в навыках проявления позитивных личностных качеств и налаживания отношений с пациентом (Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994; Orlinsky et al., 1994; Strupp, 1996a).

Эта глава началась с указания на то, что психотерапией должны заниматься только те, кто прошел специальную подготовку. Дружелюбие, искренность и эмпатия создают неплохой базис для тех, кто стремится стать психотерапевтом, но этот базис — лишь начало. Чтобы быть действительно эффективным, психотерапевт должен приобрести соответствующие знания в области теории личностных процессов и пройти интенсивную практику использования психотерапевтических методов. Только основательно усвоив теорию личностных процессов и отточив специальные навыки, психотерапевт может, наконец, принять взвешенное решение о том, что он в действительности должен делать: когда, к примеру, ему следует выразить эмпатическое понимание, а когда — принятие, в какой мере, в какое время и с каким пациентом, а также — какими словами или жестами.

К сожалению, широко распространен миф, согласно которому профессиональная подготовка если и помогает эффективно проводить психотерапию, то незначительно. Кристенсен и Якобсон (Christensen & Jacobson, 1994), к примеру, опираясь на упомянутые ранее данные, заключают: «Во многих, если не в большинстве случаев, специалисты без высшего образования или специалисты с высшим образованием, но с ограниченным опытом, демонстрировали результаты не хуже, а иногда даже лучше, чем профессионально подготовленные психотерапевты» (р. 10). Однако, как уточняют Бойтлер (Beutler, 1997) и Селигман (Seligman, 1996), исследования, которые легли в основу этого вывода, имеют два существенных методологических недостатка. Во-первых, в этих исследованиях «опыт» приравнивается по значению к временному периоду, поэтому психотерапевты считались более или менее опытными без учета характера опыта, который они получили в этот период, или характера подготовки, которую они проходили. Во-вторых, в этих исследованиях результат оценивался преимущественно в ситуациях краткосрочной психотерапии, проводимой в соответствии с конкретными инструкциями по терапии и с относительно благополучными пациентами, имевшими немного проблем.

Несмотря на стойкий негативизм в отношении ценности подготовки и опыта, отмеченный в определенных кругах, многие исследования, отражающие действительное положение дел в данной области, убедительно свидетельствуют о том, что профессиональная подготовка и соответствующий опыт положительно связаны с благоприятным исходом психотерапии[8]. Эмпирические данные действительно говорят о том, что в простых случаях, следуя инструкциям при проведении

краткосрочной психотерапии, после того как более квалифицированный клиницист провел первичную диагностику и подтвердил необходимость данного вида лечения, психотерапевты, недостаточно подготовленные в профессиональном плане, могут оказать пациенту помощь не хуже подготовленных и опытных коллег. Но в реальной клинической практике такое бывает редко. В большинстве случаев психотерапевт имеет дело с людьми, находящимися в состоянии глубокого дистресса или дезадаптации, проблемы которых многочисленны и сложны; планированию терапии в этом случае должна предшествовать тщательная диагностика, а лечение не может ограничиваться указаниями какой-либо инструкции. Именно в этих случаях опыт и подготовка психотерапевта приобретают особое значение и становятся важнейшими предикторами успеха.

В исследованиях также удалось установить то, как именно хорошая подготовка и соответствующий опыт влияют на способность психотерапевта проявлять личные качества, приносящие пользу в процессе терапии. Например, чем выше уровень подготовки и больше опыт, тем более гибок психотерапевт в применении своих навыков в соответствии с требованиями изменяющихся условий (Tracy, Hays, Malone, & Herman, 1988); тем более умело он осуществляет сложные процедуры, способствующие укреплению отношений с пациентом (Holloway & Neufeldt, 1995); тем реже психотерапевт говорит пациенту то, о чем затем сожалеет (Brody & Farber, 1996); тем более высокую оценку его навыкам межличностного взаимодействия дают пациенты (Mallinckrodt & Nelson, 1991); тем выше он оценивает свое мастерство (Levenson, Speed, & Budman, 1995). Если говорить о более специфичном аспекте, было обнаружено, что тренинг восприимчивости к культурному своеобразию приводит к повышению чуткости психотерапевта, развивает его способность использовать навыки межличностного взаимодействия и помогает ощутить себя более компетентным в работе с представителями национальных меньшинств (Allison, Echemendia, Crawford, & Robinson, 1996; Yutrzenka, 1995).

Отсутствие невротических нарушений

Эффективное проведение психотерапии предполагает отсутствие у психотерапевта невротических проблем, которые препятствуют открытому и гибкому поведению, отвечающему нуждам пациента. Чтобы не иметь невротических нарушений психотерапевт должен, во-первых, четко осознать динамику собственной личности, в особенности то, что его раздражает, приводит в тревожное состояние, проанализировать свои значимые отношения и почему в разнообразных ситуациях он ведет себя именно так, как он себя ведет. Только высокий уровень самосознания позволяет в достаточной мере дифференцировать значение поведения пациента и свои собственные реакции на это поведение. Хотя нередко ценную информацию о происходящем в процессе психотерапии можно почерпнуть из собственных мыслей и чувств, возникших во время сеанса (о чем будет рассказано в главе 11), для этого необходимо осознавать, что эти мысли и чувства не всегда имеют рациональные связи с тем, что говорит или делает пациент.

Психотерапевты с низким уровнем самосознания склонны интерпретировать то, что они наблюдают, в собственной системе координат, а это может серьезно затруднить оказание помощи пациенту в понимании самого себя. Например, жен-

щину-психотерапевта, не избавившуюся окончательно от скрытого полоролевого конфликта, касающегося профессионального статуса, могут разозлить слова пациента: «Костюм, который на вас сегодня, немного похож на мужской», — поскольку она будет интерпретировать поведение пациента как враждебное. Поэтому она может упустить тонкий нюанс: по каким-то существенным причинам пациент чувствует себя комфортнее в обществе мужчин, а не женщин, и хотел бы, чтобы психотерапевт был мужчиной или, по крайней мере, был больше похож на мужчину. В этом случае его замечание по поводу внешнего вида психотерапевта стоит рассматривать, скорее, как комплимент, но не упрек. Психотерапевт была бы лучше подготовлена к тому, чтобы распознать значение поведения пациента, если бы не разозлилась или, по крайней мере, понимала причины своей досады.

Помимо предупреждения влияния на собственную объективность любых скрытых установок или неразрешенных конфликтов, психотерапевт должен воздерживаться от попыток удовлетворения неприемлемых личных потребностей. Психотерапевт вполне может стремиться к получению удовлетворения от своей работы, например, от возможности быть полезным, больше узнать о поведении людей, быть уважаемым за свою честность и получать оплату за потраченное время. С другой стороны, если психотерапевт испытывает потребность поддерживать свою самооценку за счет подавления или унижения пациента, если садистские побуждения делают его жестоким или стремление к зависимости заставляет заискивать перед пациентом, если он испытывает сексуальное влечение и прибегает к обольщению, если он боится провала и поэтому преждевременно отказывается от пациентов, работа с которыми идет не слишком гладко, — это означает, что он руководствуется неприемлемыми мотивами, что мешает ему уделять должное внимание нуждам пациента[9].

То, что психотерапевту необходимо обладать определенными личностными качествами, не означает, что компетентными могут быть лишь те, кто является образцом психологической адаптации, не имеет никаких невротических симптомов, странностей или жизненных проблем. Она, скорее, подразумевает, что какие бы личностные отклонения ни были свойственны психотерапевту или какие бы трудности в адаптации он ни испытывал, эти невротические элементы либо:

а) не отражаются на его объективности и не мешают действовать в соответствии с нуждами пациента в психотерапевтической ситуации; либо

б) находятся в зоне осознания и внутреннего контроля в той мере, в которой это позволяет замечать и пресекать действие всех подобных факторов, способных негативно повлиять на способность понимать потребности пациента и руководствоваться ими в своей работе (см. главу 11).

Согласно давней традиции, психотерапевт сам должен предварительно пройти курс психотерапии, с тем чтобы стать достаточно объективным, ответственным, повысить уровень самосознания и самоконтроля для эффективного функционирования. Программы подготовки в психоанализе и психотерапии обычно включают и личный опыт работы с психотерапевтом, хотя результаты опросов свидетельствуют о том, что 75–85 % психологов, занимающихся психотерапией, прошли соответствующий индивидуальный курс главным образом в целях личностного

роста, а не избавления от каких-либо симптомов (Guy, Stark, & Poelstra, 1988; Holzman, Searight, & Hughes, 1996; Mahoney, 1997; Mahoney & Craine, 1991). Тем не менее в безоговорочном требовании прохождении курса психотерапии цель — быть эффективным психотерапевтом — подменяется средством ее достижения. Цель психотерапевта — исключить негативное влияние невротических тенденций на свою работу, а для психотерапевтов, эффективность которых снижается из-за невротических проблем, личная психотерапия может явиться необходимым средством повышения уровня компетентности. С другой стороны, психотерапевтам, обладающим личностными ресурсами и опытом, достаточными для обеспечения их грамотной работы в соответствии с потребностями пациента, есть смысл проходить курс психотерапии разве что из любопытства. В целом, пока нет никаких исследовательских данных, убедительно доказывающих стойкую связь между успешностью психотерапии и личным опытом проведения психотерапии у психотерапевта (Clark, 1988; Garfield, 1995, глава 4; Greenberg & Staller, 1981).

Взаимодействие психотерапевта и пациента

Каков бы ни был уровень подготовки, опыта и психического здоровья психотерапевта, работа с различными пациентами редко оказывается одинаково успешной. При общении с некоторыми пациентами психотерапевт становится более зависимым от собственных установок, становясь менее восприимчивым к их трудностям, одни пациенты вызывают у него большее желание помочь, чем другие. Профессиональный опыт подсказывает психотерапевту не только то, какие методы для него предпочтительнее и удобнее, но и то, с какими пациентами и проблемами его эффективность максимальна. Даже если психотерапевту трудно вынести подобное суждение о своей клинической работе, он должен помнить о том, что для достижения оптимальных результатов необходимо, чтобы пациент обрел психотерапевта, который как никто другой был бы заинтересован в его нормальном состоянии и проявлял максимум понимания и уважения. Поэтому в этом смысле навыки межличностного общения психотерапевта имеют две стороны: на них влияет как характер взаимодействия с конкретным пациентом, так и личностные качества психотерапевта и уровень его подготовки.

Фактически, интерактивными являются не только большинство профессионально значимых характеристик психотерапевта, но и многие качества пациента, связанные с позитивным исходом психотерапии. Как отмечалось в главе 2, уровень активности и мотивации пациента в процессе психотерапии, его уверенность в получении помощи частично зависят от способности психотерапевта вселять в пациента надежду и поддерживать его увлеченность. Аналогично, то, в какой мере психотерапевту удастся проявить принятие, быть искренним и эмпатичным, частично зависит от поведения пациента во время психотерапевтических сеансов, а также от его базовых характеристик.

Говоря о последнем случае, можно заметить, что некоторые психотерапевты с одними возрастными группами (дети, подростки, взрослые, пожилые люди) работают более эффективно, чем с другими. Некоторые достигают лучших результатов с мужчинами, другие — с женщинами. У одних психотерапевтов особый дар к конструктивной работе с пациентами, которым свойственны раздражи-

тельность, напористость, демонстративность и которые нередко попадают из-за своего поведения в неприятные истории; призвание других — оказывать помощь пассивным, робким, застенчивым пациентам, основные трудности которых заключаются в замкнутости и склонности к реакции избегания. Эти и другого рода различия, относящиеся к сфере взаимодействия, не подразумевают, что психотерапевт не может или не должен заниматься теми пациентами, к лечению которых у него нет особого таланта. Эти различия лишь означают, что психотерапевту необходимо трезво оценивать себя и свои навыки, с тем чтобы определять случаи, в которых ему легко удастся добиться позитивных результатов, случаи, в которых он должен быть особенно собран и приложить максимум усилий для эффективного проведения терапии, и случаи, когда ему следует направить пациента к одному из своих коллег, имеющему больше возможностей для конструктивной работы именно с этим пациентом или для разрешения именно этой проблемы.

Хотя практика свидетельствует о пользе тщательного подбора пары пациент—психотерапевт, при котором оба участника способствуют продвижению к намеченной цели, выявить какие-либо валидные критерии для осуществления подобного подбора пока не удается. Попытки подобрать пациента и психотерапевта в соответствии с их полом, системой ценностей и когнитивным стилем не привели к обнаружению какого-либо улучшения результатов по сравнению с группой пар, где подбор не осуществлялся. Единственный достоверный факт, который удалось установить, это то, что при умеренном изначальном сходстве в системе ценностей результаты психотерапии несколько лучше, чем при полном совпадении или несовпадении системы ценностей пациента и психотерапевта[10]. В силу отсутствия данных, позволяющих выявить специфические причины, по которым большинство психотерапевтов работают с одними пациентами более эффективно, чем с другими, все, что можно утверждать, это то, что степень соответствия психотерапевта и пациента важна в той мере, в которой она влияет на уровень эффективности взаимодействия конкретного психотерапевта с конкретным пациентом.

С другой стороны, можно многое сказать о том, насколько важна роль отношений психотерапевт—пациент и насколько важно, чтобы психотерапевт обладал навыками налаживания продуктивных отношений. Среди множества факторов, которые предлагаются в качестве потенциальных источников благотворного воздействия, общего для разных типов психотерапии, наибольшее значение придается формированию «рабочего альянса» (Greencavage & Norcross, 1990). Введенное Гринсоном (Greenson, 1965b) в контексте психоанализа и затем получившее развитие как понятие, применимое в психотерапии в целом (Bordin, 1979, 1994), понятие рабочего альянса подразумевает: а) понимание и согласие психотерапевта и пациента в отношении целей психотерапии; б) общую приверженность задачам психотерапии, выполнение которых необходимо для достижения этих целей; в) достаточно высокий уровень привязанности психотерапевта и пациента, способствующий поддержанию отношений сотрудничества при разрешении напряженных ситуаций, неизбежно возникающих в ходе психотерапии.

Таким образом, рабочий альянс представляет собой процесс взаимодействия, который, посредством своего влияния на характер участия пациента и психотерапевта в психотерапевтических отношениях, в значительной мере определяет ис-

ход терапии. За редкими исключениями, чем крепче рабочий альянс, с самого начала и до окончания работы, тем выше вероятность того, что пациент не прервет психотерапию, отнесется к ней со всей ответственностью и извлечет из нее пользу[11]. Что касается навыков, необходимых для создания эффективных отношений, теория рабочего альянса еще раз подтверждает то, о чем не раз говорилось в этой главе: обладание желательными для психотерапевта личностными качествами стоит немногого при отсутствии профессионализма в их использовании. Теоретики и практики психотерапии едины во мнении, что успешный психотерапевтический альянс основан на адекватном выборе и применении психотерапевтом специальных процедур, а мастерство психотерапевта, в конечном счете, складывается из удачного сочетания необходимых личностных качеств и профессионализма при использовании специальных навыков проявления принятия, искренности и эмпатического понимания (см., например, Addis, 1997; Jones, Cumming, & Horowitz, 1988; Stupp, 1995).

Как отмечалось в главе 1, психотерапия заключается в проявлении психотерапевтом понимания, уважения и желания оказать помощь. В главе 2 подчеркивается, что наибольшую пользу такого рода воздействие приносит тем, кто мотивирован для его восприятия, имеет достаточно сохранную структуру личности, но в то же время испытывает глубокий дистресс, вызывает симпатию и обладает хорошей способностью к самоанализу и выражению собственных мыслей. В этой главе эффективный психотерапевт определяется как тот, кто проявляет высокий уровень принятия, искренности и эмпатии.

Однако необходимо отдавать себе отчет в том, что психотерапия не всегда оказывается *эффективной*. Психотерапия состоит в проявлении понимания, уважения и желания оказать помощь вне зависимости от того, получает ли пациент от этого пользу. Окажется ли психотерапия эффективной в конкретном случае, зависит, во-первых, от соответствия потребности пациента именно психологическому виду воздействия, а не другим видам терапии; во-вторых, от уровня сотрудничества пациента и психотерапевта в создании надежного рабочего альянса; в-третьих, от профессионального умения психотерапевта определять, как, когда и в какой мере он должен выразить понимание и принятие.

Мастерство психотерапевта заключается в его профессиональном умении определить, что, когда и какими словами он должен довести до сознания конкретного пациента. За кратким рассмотрением теории и процесса психотерапии в главе 4 следуют главы, посвященные технике психотерапии, в которых уточняются принципы проведения психотерапевтической беседы на начальных, средних и завершающих фазах развития отношений между психотерапевтом и пациентом. При одних подходах на первый план ставятся технические навыки и практически не уделяется внимание личностным качествам психотерапевта. В других подходах подчеркивается роль личной заинтересованности и теплого отношения психотерапевта как главных факторов улучшения состояния пациента, а техническим навыкам придается минимальное значение. Как было отмечено в этой главе, большинство теоретиков и практиков психотерапии единодушны в своем мнении о том, что эффективная психотерапия предполагает сбалансированное сочетание навыков межличностного взаимодействия и владения техниками.

Специальные приемы приносят пользу только в руках психотерапевта, способного наладить с пациентом хорошие личные отношения, отношения, побуждающие пациента прислушиваться к его словам и доверять им, помогающие ему понять то, что пытается донести до него психотерапевт, несмотря на сопротивление и боль. При отсутствии подобных отношений пациент будет глух к самым блестящим откровениям и удачно сформулированным комментариям психотерапевта. И наоборот, только владея теорией динамики личности и методами воздействия, в объеме достаточном для развития самопознания на основе крепкого рабочего альянса, психотерапевт сможет применить свои навыки межличностного взаимодействия с максимальной пользой для пациента. Хороший психотерапевт — это и не хороший друг, и не хороший мастер; в нем есть что-то от обоих в сочетании, которое определяется его личностными качествами и профессиональной подготовкой.

Примечания

1. Исследования, касающиеся способности психотерапии приносить как пользу, так и вред, обсуждают следующие авторы: Lambert & Bergin, 1994; Grunebaum, 1986; Mohr, 1995. Более тщательный анализ успехов и неудач в психотерапии проводят также другие авторы: Chessick, 1971; Mays & Franks, 1985; Strupp, Hadley, & Gomes-Schwartz, 1977.
2. Рецензию на эту работу см. у Bergman & Norton, 1985; Christensen & Jacobson, 1994; Durlak, 1979; Hattie, Sharpley, & Rogers, 1984.
3. Общие замечания и данные, касающиеся прогностической значимости создания психотерапевтом атмосферы принятия, анализируют следующие авторы: Greencavage & Norcross, 1990; Henry, Schacht, & Strupp, 1990; Lambert & Bergin, 1994; Orlinsky et al., 1994; Srupp, 1989. В психотерапевтической литературе наблюдается полное единодушие в вопросе о том, что «первейшей и важнейшей задачей психотерапевта является создание атмосферы принятия и эмпатии» (Strupp, 1989, p. 718).
4. Карл Роджерс (Rogers, 1951, 1957) в разработанной им концепции клиент-центрированной психотерапии первым подчеркнул значимость внимания к пациенту со стороны психотерапевта, и именно положения теории Роджерса побудили к более глубокому исследованию таких факторов, как принятие со стороны психотерапевта, искренность и эмпатия. Эта теория уже долгие годы помогает обогатить наши представления о психотерапевтическом процессе и получить значимые исследовательские данные (см. например, Eckert, Abeles, & Graham, 1988; Meissner, 1991; Patterson, 1984; Rogers, 1974; Stubbs & Bozarth, 1994).
5. См. классическую работу, посвященную способности к принятию как характеристике психотерапевта и личностному качеству: Raush & Bordin, 1957.
6. Роль эмпатии в психотерапии подробно анализируют Богарт и Гринберг (Bohart & Greenberg, 1997), а с клинической точки зрения эту проблему рассматривает Бергер (Berger, 1987). В одном из исследований было обнаружено, что сравнительно неэффективные психотерапевты демонстрируют

более низкий уровень эмпатического понимания, чем их более эффективные коллеги, и что пациенты сравнительно неэффективных психотерапевтов чаще чувствуют себя непонятыми психотерапевтом, чем пациенты, с которыми работают более эффективные психотерапевты (Lafferty, Beutler, & Crago, 1989).

7 Эмпирические данные по этому вопросу анализируются в следующих работах: Beutler et al., 1994; Lambert, 1991; Lambert & Bergin, 1994; Orlinsky et al., 1994. Орлински с коллегами (Orlinsky et al., 1994) заключают, что в ходе многих сотен исследований, проведенных за последние 40 лет, был установлен ряд достоверных фактов. Один из этих фактов звучит следующим образом: «Психотерапевт оказывает пациенту помощь в достижении позитивного результата главным образом через эмпатический, конструктивный, партнерский диалог и собственную конгруэнтность (искренность)» (р. 361).

8 Значение хорошей подготовки и соответствующего опыта как факторов, способствующих успеху психотерапии, рассмотрено в работах Beutler & Kendall, 1995; Burlingame, Fuhriman, Paul, & Ogles, 1989; Crits-Christoph et al., 1991; Stein & Lambert, 1995.

9 Эти примеры невротически обусловленного поведения психотерапевтов приведены главным образом для иллюстрации психологических, а не профессиональных аспектов психотерапевтической практики. Более подробную информацию о действующих на психотерапевта стрессорах, о его личных проблемах, а также о факторах снижения стресса и поддержания эффективного функционирования психотерапевта см. в работах: Coster & Schwebel, 1997; Mahoney, 1997; Sherman, 1996. Тем не менее, если такое нецелесообразное поведение связано с низким уровнем компетентности или доходит до грани оскорбления, сексуальных домогательств в адрес пациента и причинения ему вреда, оно нарушает этические нормы, установленные для работников в сфере психического здоровья. Психотерапевт должен знать и строго соблюдать правовые нормы, установленные законом, и положения профессионального кодекса, как, например, «Этические принципы психологов и кодекс поведения» (*Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*), опубликованный Американской психологической ассоциацией (American Psychological Association, 1992). Этические проблемы психотерапии всесторонне рассмотрены в работах Bersoff, 1995; Chodoff, 1996; Conte, Plutchik, Picard, & Karasu, 1989; Koocher, 1995; Lakin, 1991; Pope, Sonne, & Holroyd, 1993; Smith & Fitzpatrick, 1995; Thompson, 1990.

10 Обзор и анализ исследовательских данных, касающихся подбора пар пациент — психотерапевт см. в Cavenar & Werman, 1983; Garfield, 1994; Hunt, Carr, Dagadakis, & Walker, 1985; Kelly, 1990; Kelly & Strupp, 1992; Mogul, 1982.

11 Хорват и Гринберг (Horvath & Greenberg, 1994) всесторонне рассматривают понятие рабочего альянса и его значения при различных типах психотерапии. Исследовательские данные, подтверждающие зависимость эффективности лечения от устойчивости рабочего альянса, обсуждают Horvath & Symonds, 1991; Saunders, Howard, & Orlinsky, 1989; Weinberger, 1995; Whiston & Sexton, 1993.

Глава 4

Теория и процесс психотерапии

Для эффективной работы психотерапевт должен руководствоваться некой стройной теорией личности и общей концепцией психотерапевтического процесса. Планомерное вмешательство всегда более продуктивно, чем несистематическое, а оперирование набором принципов, позволяющих оценить происходящее в ходе психотерапии и наметить свои дальнейшие шаги, помогает специалисту наилучшим образом выполнять свои обязанности. Принципы психотерапии, представленные в этой книге, основаны на динамической теории личности, на анализе сходства и различия между раскрывающей и поддерживающей психотерапией и на взаимном дополнении стратегии и тактики в условиях психотерапевтической работы.

Динамическая теория личности

Динамическую теорию личности наиболее ясно представляет психоаналитический подход к пониманию поведения человека, хотя она разрабатывается и другими подходами[1]. В теории и практике психотерапии особое значение имеют три элемента динамической теории личности: понятие бессознательного, понятие конфликта и защиты, а также понятие переживающего и наблюдающего «Я».

Бессознательное

Понятие бессознательного связано с тем, что у людей могут быть мысли и чувства, в которых они не отдают себе отчет. Мысли и чувства, существующие вне области осознания, часто оказывают сильное влияние на действия человека, и о некоторых причинах собственного поведения человек даже не догадывается[2]. Например, мужчина с недоумением и смущением может обнаружить, что стал менее добросовестно относиться к своим служебным обязанностям как раз тогда, когда его собираются повысить в должности; он может совершенно не подозревать о том, что его нерадивость обусловлена скрытыми опасениями, касающимися перспективы сделать более удачную карьеру, чем отец.

Но поведение, определяемое воздействием бессознательного, не всегда имеет негативные последствия. Вполне вероятно, что женщина, выходя замуж за человека, очень похожего на обожаемого отца, делает отличный выбор, о котором никогда не пожалеет. С другой стороны, чем более поведение человека определяется неосознаваемыми мотивами, тем выше у него риск столкнуться с психологическими проблемами и затруднениями в адаптации. Неосознаваемые детерминанты поведения являются потенциальными источниками эмоциональных потрясений и неадаптивного поведения именно потому, что они недоступны для сознательного обдумывания. Анализируя собственные чувства и рассматривая проблему с различных точек зрения, люди выбирают линию поведения, которая согласуется с их потребностями, и корректируют ее в соответствии с реальной необходимостью. Если какие-то значимые чувства и установки оказываются недостаточно осознанными для того, чтобы можно было осуществить подобный выбор, повышается вероятность того, что поведение человека не будет полностью отвечать ни его интересам, ни требованиям сложившихся обстоятельств. Так, женщина из-за неосознанного страха перед сексуальным контактом может избегать интимных отношений с мужем, даже если она осознает фрустрацию от отсутствия в ее браке физической близости и боится утратить интерес к себе со стороны мужа.

Значимость бессознательного можно объяснить, разделив в поведении *явное* и *скрытое* содержание. Явное содержание заключается в непосредственно наблюдаемом поведении, а скрытое — в подоплеке наблюдаемого поведения. Разграничение явного и скрытого содержания часто становится очевидным в психотерапии и позволяет получить полезную информацию о мотивах пациента. Например, начало сеанса по не зависящим от психотерапевта обстоятельствам было задержано, и на следующий сеанс пациентка приходит с опозданием, объясняя его пробками на дорогах. Вероятно, эта женщина действительно попала в пробку и не осознает других причин своего опоздания. Однако скрытое содержание ее поведения вполне может быть связано с обидой на психотерапевта, и неосознанным желанием отплатить ему за вынужденное ожидание перед прошлой встречей. В бессознательном пациентки может отсутствовать понятие «по не зависящим от психотерапевта причинам»; поэтому из иррациональных глубин бессознательного к психотерапевту обращены слова: «Если бы вы действительно обо мне беспокоились, то не позволили бы, чтобы вас что-то задержало, и пришли бы вовремя». То, что подобные ожидания иррациональны и не могут служить мерой заинтересованности и обязательности психотерапевта, иллюстрирует, как бессознательное может вводить людей в заблуждение. Если опоздание пациентки действительно имело подтекст, тщательный анализ, скорее всего, выявил бы некоторые подтверждающие это факты. Так, может оказаться, что движение было не более плотным, чем обычно, но пациентка «как-то» умудрилась отправиться на встречу на 10 минут позже, чем в другие дни.

Как показывает этот пример, одно из направлений изменений, происходящих в процессе психотерапии, — осознание неосознаваемого. Выявляя бессознательные детерминанты или скрытое содержание поведения пациента и помогая ему открывать для себя это неявное влияние, психотерапевт способствует расширению границ самосознания пациента. Расширение области самосознания позволя-

ет человеку контролировать скрытые побуждения, установки, конфликты и тревоги, что, в свою очередь, дает ему возможность оценить эти влияния и вести себя более конструктивно.

Конфликт и защитные механизмы

В динамической теории личности конфликт и защитные механизмы имеют отношение к поведению, мотивированному скорее потребностью избегать состояния тревоги, а не стремлением к самореализации. В этой модели неэффективного поведения подразумевается, что человек может иметь неосознанные желания, вступающие в противоречие с реальными возможностями или нормативными требованиями, и что конфликты порождают тревогу. Поэтому мужчину, испытывающего сексуальное влечение к мужчинам, но считающего гомосексуализм неприемлемой формой поведения, может охватывать тревога в присутствии других мужчин, например в раздевалке или в армейской казарме. Еще один пример: женщина, испытывающая неосознанную враждебность к своей матери и сознательно считающая любовь к ней дочерним долгом, в присутствии матери может испытывать дискомфорт.

Поскольку состояние тревоги довольно мучительно, люди имеют склонность защищаться различными способами, предотвращая переживание субъективного болезненного чувства. Если развивать приведенные выше примеры, мужчина со скрытой гомосексуальностью и сильной сознательной неприязнью к гомосексуализму, может защищаться от тревоги по поводу сомнений в собственной мужественности, став Дон-Жуаном, бравирующим своими сексуальными похождениями, или приобретя гипермаскулинные черты, проявляющиеся в выставлении напоказ собственной силы, храбрости, способности быть «мужчиной из мужчин». Женщина, втайне враждебно настроенная против матери, может снизить дискомфорт, который приносят эти чувства, избегая встреч с матерью, насколько возможно (выход из поля), или, с другой стороны, стараясь быть по отношению к матери доброй и любящей (формирование реакции).

Иногда с помощью таких защитных маневров удается ослабить порождаемую конфликтами тревогу, не создавая новых серьезных конфликтов. Однако иногда защитная реакция может принять форму симптомов или неадаптивного поведения, которые, в свою очередь, могут провоцировать состояние тревоги и привести к дезадаптации. Мужчина с комплексом Дон-Жуана может впасть в отчаяние из-за неспособности поддерживать постоянные отношения и быть удовлетворенным одной партнершей, а у женщины, которая подавила враждебность к матери путем формирования реакции и проявляет любовь и заботу к ней, могут начаться головные боли при длительном общении с матерью.

Поскольку истоки этих конфликтов находятся в бессознательном, никто из упомянутых выше персонажей не поймет, почему он ведет себя именно таким образом или почему у него появились определенные симптомы, но оба они, скорее всего, захотят улучшить свое состояние. Задача психотерапевта — помочь таким людям осознать защитный характер своего поведения и исследовать скрытые потребности или желания, от которых они защищаются. Психотерапевт способствует улучшению состояния человека, помогая в выявлении и разрешении конфлик-

тов, находящихся вне зоны осознавания, а следовательно, в расширении возможностей сознательного контроля поведения[3].

Самопереживание и самонаблюдение

Человек, с точки зрения динамической теории личности, обладает способностью переживать происходящее с ним и способностью наблюдать за собой. Хотя у каждого присутствуют обе способности, в зависимости от типа личности преобладает одна из них. Одни люди по преимуществу *«переживатели»*: они делают то, что делают, и чувствуют то, что чувствуют, не занимаясь самоанализом. Другие — *«наблюдатели»*: они обдумывают скрытое значение мыслей и поступков и не склонны к спонтанному выражению своего мнения и чувств. Самопереживание и самонаблюдение существуют на континууме, ни один полюс которого не способствует хорошей адаптации. Абсолютные «переживатели» имеют тенденцию к импульсивному, необдуманному, опрометчивому поведению, обусловленному недостатком интроспекции; абсолютные «наблюдатели» склонны к чрезмерному самоанализу и самоконтролю, что приводит к скованности в действиях и реакциях.

Психотерапевту необходимо задействовать обе способности пациента (и наблюдать, и переживать) в зависимости от требований ситуации. Пациент, склонный к самонаблюдению, охотно анализирует свой опыт, но не способен к спонтанному выражению мыслей и чувств, которые могли бы послужить источником нового вида жизненного опыта, происходящего с ним. Пациент, склонный только к переживанию, охотно выражает мысли и чувства, однако не способен участвовать вместе со своим психотерапевтом в анализе и исследовании смысла своих переживаний.

Для успешной психотерапии необходимо наличие подвижной границы между переживающим и наблюдающим «Я» пациента. Это является одним из аспектов функционирования личности, который был назван «расщеплением эго» (*ego split*) (Sterba, 1934). Пациенту необходимо соединить мышление и чувства спонтанно и с минимальным самосознанием. В то же время с помощью психотерапевта он должен также уметь взглянуть на себя со стороны, отстраниться и увидеть свое поведение как феномен, который можно и нужно понять. Психотерапия — во многом процесс обучения в том смысле, что улучшение состояния пациента тесным образом связано с приобретением им знаний о самом себе. Переживание нового жизненного опыта облегчает такое обучение, однако для большей успешности оно должно быть уравновешено самонаблюдением[4].

Раскрывающая и поддерживающая психотерапия

Терминами *раскрывающая* и *поддерживающая* описываются два подхода к психотерапии, различающиеся по уровню внимания, уделяемого неосознаваемым детерминантам поведения пациента. Цель раскрывающей психотерапии, которую еще называют «инсайт-ориентированной», «экспрессивной» или «эксплоративной», — помочь пациенту прийти к реорганизации и реструктурированию собственной личности через осознание и четкое формулирование своих скрытых конфликтов и огорчений. Цель поддерживающей, или «супрессивной», психотера-

пии — помочь пациенту более эффективно справляться с актуальными для него проблемами, не углубляясь в суть неосознаваемых конфликтов. Элементы раскрытия и сопровождающего его личностного изменения могут иметь место и в ходе успешной поддерживающей психотерапии, однако подобные результаты являются вторичными по отношению к ведущей направленности поддерживающего подхода.

Несмотря на это различие в целях, у раскрывающей и поддерживающей психотерапии есть много общего. В обоих случаях главная цель — расширить область самосознания пациента и тем самым улучшить его состояние. Раскрывающая психотерапия направлена на включение в зону сознания пациента многих ранее неосознаваемых мыслей и чувств, а при поддерживающей основное внимание уделяется повышению уровня понимания и контроля мыслей и чувств, о которых пациент смутно догадывается.

Кроме того, и раскрывающая, и поддерживающая психотерапия проводятся главным образом посредством интерпретаций психотерапевта по поводу того, что пациент говорит или делает. В этих интерпретациях содержится указание на связь между прошлым опытом и настоящим поведением (генетические интерпретации), на взаимосвязь между событиями, происходящими в жизни пациента в данный момент (интерпретации «здесь-и-теперь»), или на различные аспекты психотерапевтического процесса (интерпретации сопротивления и переноса). Упомянутые подходы различает то, что при раскрывающей психотерапии интерпретации чаще касаются стиля личности пациента, а также содержания его высказываний, тогда как при поддерживающей терапии специалиста больше интересует удовлетворенность пациента своей жизнью, а не стиль его личности[5].

Чтобы оценить значение этого разделения, психотерапевт должен понять, что любая интерпретация, которую он делает, подвергает сомнению некие представления пациента. В главе 9 мы более подробно поговорим о том, что психотерапевт, интерпретируя, предлагает пациенту некий новый взгляд на его опыт и, соответственно, всегда подразумевает ту или иную меру ошибочности представлений пациента. При раскрывающей психотерапии интерпретации ставят под сомнение не только мысли и чувства пациента, но и предпочитаемую им стратегию поведения в трудных ситуациях, а также характерные для него приемы защиты, определяющие стиль личности. При поддерживающей психотерапии стиль личности пациента принимается таким, какой он есть, а интерпретации имеют отношение, в основном, к мыслям и чувствам в том виде, в котором они выражаются.

Для иллюстрации этого различия рассмотрим особенности психотерапевтической работы с мужчиной, имеющим обсессивно-компульсивную симптоматику, скрупулезно взвешивающим все «за» и «против» для принятия некоего решения. При раскрывающем подходе психотерапевт будет побуждать пациента отвлечься на некоторое время от актуальной для него проблемы и проанализировать свою манеру принятия решений, для которой характерно такое внимание к мелочам, что теряется всякая возможность прийти к разумному и приемлемому выводу. Это вмешательство может затем подвести пациента к анализу причин такой педантичности при рассмотрении собственного опыта, а затем к разрешению конфликтов, сформировавших обсессивный стиль личности. Далее, свойственную

пациенту чрезмерную скрупулезность необходимо ослабить, что позволит ему принимать решения, не терзаясь лишними сомнениями.

При поддерживающей психотерапии с таким пациентом терапевт работал бы в контексте обсессивно-компульсивного стиля пациента, с тем чтобы помочь ему принять решение, к которому он никак не может прийти. Психотерапевт мог бы, к примеру, порекомендовать процедуру упорядочивания доводов «за» и «против» через приписывание этим доводам относительной значимости; тогда, приобретя возможность разделять более или менее важные обстоятельства, пациент смог бы заново оценить открывающиеся перед ним перспективы и прийти к разумному, приемлемому решению.

Нужно сделать три уточнения в отношении различий, касающихся практических аспектов проведения раскрывающей и поддерживающей психотерапии. Во-первых, указанные подходы составляют континуум, а не дихотомию. На практике используется целый спектр отношений: от интенсивных раскрывающих, как в психоанализе, до исключительно поддерживающих; между этими полюсами находится широкий диапазон умеренно раскрывающих методов. Насколько раскрывающим или поддерживающим является конкретный подход, зависит от глубины анализа неосознаваемых детерминант поведения и степени интерпретации защитного стиля личности пациента. Иными словами, специалисту следует принимать решение о мере интерпретации поведения и личности пациента, руководствуясь своими представлениями о том, в какой мере раскрывающей или поддерживающей должна быть работа с данным пациентом. Без этой оценки, определяющей направление работы психотерапевта, возможны хаотические колебания между разными уровнями глубины анализа, что не отвечает нуждам эффективной терапии.

Во-вторых, раскрывающий и поддерживающий подходы не являются взаимоисключающими. Поскольку существует целый спектр интенсивности психотерапии, эффективная психотерапия обычно сочетает в себе усилия, направленные на помощь пациенту в достижении инсайта, и усилия, направленные на его поддержку. Больше всего нуждам пациента соответствует психотерапия, при которой терапевт действует, руководствуясь определенными представлениями о том, какие аспекты личности пациента следует раскрыть, а какие — поддержать. Шлезингер (Schlesinger, 1969) называет такое планирование психотерапевтической работы, помогающее пациенту извлечь максимум пользы, составлением «предписания» психотерапии[6].

Помимо того, что раскрывающая и поддерживающая психотерапия не являются взаимоисключающими, предписание, отражающее необходимое соотношение раскрывающих и поддерживающих методов, в процессе работы может изменяться. Например, при использовании преимущественно раскрывающей терапии могут сложиться обстоятельства, требующие применения поддерживающих методов. Пациент, столкнувшись с кризисом или с трудной ситуацией, может на какое-то время стать слишком тревожным или подавленным, чтобы суметь отвлечься от испытываемого психического напряжения и взглянуть на себя объективно: переживания в период стресса захватывают личность настолько, что для наблюдающего «Я» остается слишком мало сил и энергии. В таких случаях психотерапевт

должен на время отказаться от раскрывающей направленности и оказать пациенту поддержку в его усилиях преодолеть стресс.

Может случиться, что на психотерапевтическом сеансе пациент испытает микрокризис, и это потребует некоторой поддержки и ободрения со стороны психотерапевта. Анализируя болезненные воспоминания или вызывающие тревогу побуждения, пациент может испытать такое потрясение, что дальнейшее раскрытие принесет больше вреда, чем пользы. В ситуациях такого рода психотерапевту рекомендуется приостановить анализ и интерпретацию внешних аспектов обсуждаемого вопроса, с тем чтобы пациент взял себя в руки и восстановил свои защитные механизмы.

В других случаях может оказаться, что пациент, при лечении которого использовался главным образом раскрывающий подход, не в состоянии вынести вызываемую раскрытием тревогу и во время психотерапевтических сеансов не способен удержать продуктивное равновесие между переживающим и наблюдающим «Я». Как правило, это свидетельствует об изначально неправильной оценке способности пациента участвовать в раскрывающей психотерапии и извлекать из нее пользу, поэтому терапевту следует перейти к поддерживающему подходу.

Наоборот, у пациента, потенциал которого оказался выше, чем предполагалось, и которому удалось разрешить кризисную ситуацию, заставившую его обратиться за помощью, может возникнуть потребность или необходимость переключиться с преимущественно поддерживающей на преимущественно раскрывающую психотерапию. Однако специалист должен помнить о том, что осуществить плавный переход от первой ко второй несколько сложнее, чем в обратном направлении. Раскрывающая терапия по сути своей *исследовательская*, а поддерживающая — *дающая*. Пациенту легко принять тот факт, что психотерапевт стал менее пытливым и более щедрым душевно; однако переход к большей сдержанности часто воспринимается им как ущемление и отвержение.

По этой причине терапевт, изначально работавший в поддерживающем ключе и впоследствии принявший решение о необходимости раскрывающего подхода, поступит правильно, если направит пациента к другому психотерапевту. Это не разрешит проблему полностью, поскольку пациенты, направленные таким образом к другому специалисту, часто критикуют его («раскрывающего» психотерапевта) за то, что он делает для них меньше и менее внимателен к ним, чем предыдущий (поддерживающий) психотерапевт.

Третье уточнение, которое необходимо сделать при разграничении раскрывающего и поддерживающего подходов в психотерапии, касается ценности, приписываемой каждому из них. Иногда клиницисты впадают в заблуждение, превознося раскрывающую терапию как всесторонний и эффективный подход и принижая значение поддерживающей терапии как менее действенной альтернативы, предназначенной для лиц, не заинтересованных в глубоком анализе либо слишком слабых для него. Хотя обычно считается, что чем интенсивнее психотерапия, тем к большим изменениям она приводит, исследования свидетельствуют о том, что различия между раскрывающими и поддерживающими методами не столь значительны, как часто полагают, и, кроме того, не было обнаружено какого-либо специфического вида изменения, связанного исключительно с одной формой

терапии (Wallerstein, 1989). Более того, нужно сказать, что эффективность психологического вмешательства зависит не от названия, а от того, в какой мере оно отвечает нуждам пациента. Иными словами, в психотерапии не существует идеального подхода. Для каждого пациента лучшим является индивидуальный подход; для одних это раскрывающая психотерапия, для других — поддерживающая, а для третьих — групповая, семейная психотерапия или какая-то другая форма психологического воздействия, отличная от психотерапии.

Стратегия и тактика в психотерапии

Чтобы быть эффективным, психотерапевт должен иметь представление о стратегии и тактике своей работы. *Стратегия* имеет отношение к целям, которые ставятся на определенных этапах психотерапии, а *тактика* — к специфическим методам, используемым для их достижения. Стратегия может быть связана с такими целями, как развитие у пациента способности к свободному выражению своих мыслей; осознание им характера и истоков своего неадаптивного поведения или открытие пациентом новых способов эмоционального реагирования и мышления. В течение одной встречи или какой-то ее части стратегическими могут быть более специфические цели, например осознание пациентом скрытого чувства неполноценности или признание им испытываемого по отношению к психотерапевту гнева. Тактика включает в себя все то, что делает и говорит психотерапевт — в том числе вопросы, заверения, интерпретационные замечания, мимика, пантомимика — для достижения актуальной стратегической цели. Предполагается, что психотерапевт должен иметь четкие представления о стратегии и тактике, чтобы на любом этапе знать, чего именно он хочет добиться и каким образом. Стратегия без тактики — абстрактная концепция о том, какой должна быть психотерапия без действий терапевта, необходимых для ее проведения; тактика без стратегии — это бессистемное воздействие на психику пациента, не обеспечивающее поступательного движения к более глубокому самопознанию. Психотерапия неэффективна, если терапевт хочет, чтобы пациент достиг определенных целей, но не способен ему в этом помочь (стратегия без тактики). Психотерапия бесперспективна, если терапевт находит верные слова для осуществления неверно поставленных задач (тактика с плохой стратегией) или вообще не ставит перед собой никаких задач (тактика без стратегии: «Мне просто захотелось это сказать»), поскольку при этом невелика вероятность того, что психотерапевт сможет найти правильные слова в другой раз или в другой ситуации[7].

Процесс психотерапии

Хотя с разными пациентами психотерапия проходит по-разному, психотерапевтические отношения в любом случае проходят закономерные стадии развития. Элементы этого процесса не всегда идут в одинаковом порядке и не всегда равно значимы, однако представление о том, какой, в принципе, должна быть последовательность событий, помогает психотерапевту понять, на какой фазе находится работа с конкретным пациентом, и соответствующим образом разработать стратегию поведения.

Психотерапия начинается с того, что к специалисту обращается за помощью пациент, и они вместе решают вопрос целесообразности психотерапевтического вмешательства. Начальная фаза психотерапевтических отношений включает в себя: а) диагностику проблем пациента и того, что бы он хотел изменить в себе и в своей жизни; б) оценку потребностей, мотивации пациента, а также его возможностей для прохождения курса психотерапии или какого-либо другого вида лечения; в) если психотерапия действительно необходима, заключение психотерапевтического контракта. Психотерапевтический контракт — это ясно выраженное соглашение между пациентом и терапевтом об организации их встреч, о взаимодействии в процессе терапии и о конкретных целях, в направлении которых они будут работать.

За периодом диагностики, оценки, а также заключения психотерапевтического контракта следует средняя фаза психотерапии. Это обычно самая продолжительная фаза: в это время психотерапевт осуществляет большую часть работы. На этой фазе основные задачи психотерапевта заключаются в создании условий для свободного выражения пациентом своих мыслей и чувств, в выслушивании и достижении понимания того, чем пациент в состоянии поделиться, в интерпретации, помогающей пациенту понять то, что понял психотерапевт.

Нередко на средней фазе психотерапии специалист сталкивается с определенными препятствиями, противостоящими его попыткам слушать, понимать и передавать свое понимание. Эти препятствия, или *сопротивление*, представляют собой парадоксальное нежелание пациента принимать участие в психотерапевтическом процессе. При сопротивлении пациент, внешне стремящийся к самопознанию и изменению своего поведения, становится неспособным на открытость или избегает ее.

Сопротивление может иметь ряд источников, в том числе внутренние барьеры, препятствующие выполнению роли пациента или возможности изменения (сопротивление психотерапевтическому воздействию), прочно закрепившийся, не поддающийся изменению стиль личности (сопротивление характера), неприятные переживания, связанные с обсуждаемой темой (сопротивление содержанию), и чувства, тайно испытываемые по отношению к психотерапевту (сопротивление, связанное с переносом). Все эти препятствия нарушают коммуникацию между пациентом и психотерапевтом, заставляя психотерапевта изыскивать способы преодоления сопротивления или обходные пути действия. В то же время сопротивление может давать ценную информацию о личностном стиле пациента, о его скрытых установках и источниках тревоги.

Перенос, который включает в себя чувства и установки пациента по отношению к психотерапевту, — фактор нарушения коммуникации между пациентом и психотерапевтом, заслуживающий особого упоминания. Психотерапия редко приносит пользу, если пациент негативно настроен по отношению к психотерапевту, поскольку позитивные отношения поддерживают в нем готовность к откровенному диалогу и принятию интерпретаций по поводу своего поведения. С другой стороны, становясь слишком сильными, позитивные чувства к терапевту могут создавать у пациента потребность не столько в его помощи и понимании, сколько в любви и одобрении. Таким образом, нарушается коммуникация, поскольку паци-

ент начинает говорить только то, что, по его мнению, позволит ему снискать расположение психотерапевта, и умалчивает обо всем, что может вызвать неодобрение.

В ходе терапии у пациента могут также возникать негативные чувства по отношению к специалисту, что обусловлено главным образом двумя обстоятельствами: во-первых, в конечном счете психотерапевт фрустрирует пациента, не проявляя любви и одобрения, на которые тот рассчитывает, а во-вторых, в процессе работы актуализируются негативные чувства пациента по отношению к значимым лицам в его жизни, и эти чувства направляются или *переносятся* на терапевта. Негативный перенос нарушает коммуникацию, поскольку связан с раздражением или недовольством пациента психотерапевтом, а следовательно, с нежеланием сотрудничать. Однако, как и сопротивление, реакции позитивного и негативного переноса позволяют многое узнать о внутреннем мире пациента и его предрасположенности к неадаптивным формам поведения, поэтому клиницист должен уделять им особое внимание.

Еще один фактор, осложняющий взаимодействие на средней фазе психотерапии — установки психотерапевта. У всех специалистов бывают колебания по отношению к пациенту, иногда обусловленные словами и поступками последнего, а иногда — событиями собственной жизни. Во избежание создания искаженного образа пациента или выбора неправильной стратегии психологического воздействия, психотерапевт должен осознавать и контролировать такие реакции *противопереноса*. Если же специалист знает себя достаточно хорошо, чтобы найти в себе разгадку связи между особенностями поведения пациента и собственной реакцией, противоперенос можно продуктивно использовать в психотерапевтической работе.

Интерпретации, сопротивление, перенос и противоперенос — основные темы средней фазы психотерапии. После того как в максимальном или запланированном объеме было осуществлено взаимодействие для понимания психологии пациента, то есть по достижении целей психотерапии, наступает ее завершающая стадия. Завершение состоит в анализе проделанной психотерапевтической работы, подведении итогов и обсуждении с пациентом его перспектив в отношении функционирования личности и жизненных начинаний.

В этом кратком обзоре процесса психотерапии были затронуты все основные вопросы, касающиеся данного вида психологического воздействия. В последующих главах будут всесторонне рассмотрены начальная, средняя и завершающая фазы психотерапии; при этом особое внимание будет уделено стратегии и тактике поведения психотерапевта на каждом из этапов.

Примечания

1 Описание психодинамической теории личности читатель может найти у следующих авторов: Barron, Engle, & Wolitzky, 1992; Blatt & Lerner, 1991; Karon & Widener, 1995; Maddi, 1996; Westin, 1990.

2 Современные взгляды на сущность и роль бессознательных психических процессов анализируют Bowers & Meichenbaum, 1984; Epstein, 1994; Horo-

witz, 1988, chapters 8–9; Power & Brewin, 1991; Shevrin, Bond, Brakel, Hertel, & Williams, 1996.

3 В психоанализе с момента его появления большое внимание уделяется значению конфликта и защитных механизмов в формировании личности и возникновении трудностей в адаптации. З. Фрейд (S. Freud, 1914/1957b) отмечал, что теория защитных механизмов является «фундаментом, на котором покоится вся структура психоанализа» (р. 16). Современные представления о конфликте и защите, а также об их влиянии на практику психотерапии можно найти у Beres, 1995; Blanck & Blanck, 1994; Brenner, 1982, 1996; Busch, 1995; S. Cooper, 1992; Dowling, 1991; Gray, 1994; Pine, 1990; Willick, 1995.

4 Отмечая, что в литературе понятию «наблюдающее эго» не уделяется должного внимания, некоторые авторы описывают приемы, направленные на развитие у пациента навыков самонаблюдения (Gray, 1994; Glickhauf-Hughes, Wells, & Chance, 1996).

5 Некоторые авторы анализируют сходство и различие глубинной и поддерживающей психотерапии, а также то, как различие этих подходов проявляется на практике, на каждой фазе психотерапии. Особого внимания заслуживают в этом отношении работы Dewald, 1971; Oremland, 1991; Pine, 1984; Rockland, 1989a, 1989b; Werman, 1984.

6 Понятие «предписание в психотерапии» (*prescription for psychotherapy*) остается жизнеспособным практическим принципом и находит свое отражение во многих работах, посвященных выбору способов психологического воздействия. В общем виде эту проблему рассматривают такие авторы, как Beutler & Clarkin, 1990; Frances, Clarkin, & Perry, 1984; Goldstein & Stein, 1976. Мак-Уильямс (McWilliams, 1994) подробно описывает то, как личностные характеристики пациента при их психодинамической трактовке могут помочь психотерапевту выбрать стиль и направленность вмешательства, лучше всего отвечающие индивидуальным потребностям пациента.

7 Девальд (Dewald, 1996) более подробно рассматривает взаимодополняющие роли стратегии и тактики психотерапии.

Часть II

Начальная фаза психотерапии

Глава 5

Диагностика и оценка

Первым этапом начальной фазы психотерапии является проведение диагностики и оценки состояния пациента; это период, когда психотерапевт получает предварительные сведения о пациенте и решает, необходим ли ему курс психотерапии. За этапом диагностики следует заключение психотерапевтического контракта, в котором подтверждается согласие участников на сотрудничество и оговариваются необходимые для этого условия. Последнее, что важно на начальной фазе психотерапии, — это правильное проведение вводной беседы, в ходе которой терапевт должен помочь пациенту стать более откровенным и заинтересовать его процессом психотерапии. В этой главе рассматривается этап диагностики и оценки состояния потенциальных пациентов психотерапевта, а главы 6 и 7 посвящены психотерапевтическому контракту и условиям проведения вводной беседы.

Диагностика

Проведение диагностических процедур с потенциальным пациентом проводится в четыре этапа:

а) выявление актуальных проблем;
б) изучение обстоятельств возникновения этих проблем;
в) понимание психологического портрета личности пациента;
г) создание рабочего диагноза.

Выявление актуальных проблем

Первый этап диагностики состоит в определении проблем, побудивших потенциального пациента обратиться за помощью. Многие пациенты облегчают выполнение этой задачи, самостоятельно объясняя, почему у них возникла необходимость во встрече с психотерапевтом или почему они на нее согласились. Одни начинают первую беседу с того, что описывают неопределенную симптоматику или межличностные проблемы («Последнее время я чувствую себя напряженной

и нервной, я без причины кричу на мужа и детей и сильно их огорчаю»). Другие жалуются на специфические симптомы, наличие которых заставило их обратиться за помощью («Я здесь, потому что стал импотентом и поэтому чувствую себя полным ничтожеством»). Третьи же не упоминают ни о каких симптомах или проблемах, а просто выражают общее неудовлетворение своей жизнью («Я хотел поговорить с кем-то, потому что мне ни в чем не везет, ни в работе, ни в личной жизни, и я хотел бы узнать, можно ли это как-то изменить, пока не слишком поздно»).

Суть этих спонтанно высказанных жалоб подсказывает психотерапевту, какие темы следует затронуть во время диагностической беседы. Если же по высказываниям пациента невозможно судить о его проблемах и тревогах, психотерапевт должен соответствующим образом направить разговор:

Пациент:	Доктор Смит сказал, чтобы я с вами встретился.
Психотерапевт:	По какому поводу?
Пациент:	Я даже не знаю, с чего начать.
Психотерапевт:	Вы можете начать с чего пожелаете.
Пациент:	Вы хотели бы, чтобы я рассказал о своем детстве?
Психотерапевт:	Наверное, вы могли бы начать с того, что заставило вас ко мне обратиться.

Некоторые пациенты при первой встрече не вступают в разговор, а просто сидят и ждут, когда беседу начнет психотерапевт. В этой ситуации психотерапевту следует напрямую спросить пациента о его проблемах. В противоположность этой рекомендации иногда советуют на молчание пациента отвечать молчанием. Аргументы в пользу этого подхода на начальном этапе психотерапии таковы:

а) молчание не позволяет психотерапевту занять директивную позицию по отношению к пациенту;
б) оно помогает оценить готовность и способность пациента говорить о себе;
в) это неплохой индикатор того, насколько хорошо пациент переносит тревогу в ситуации межличностного взаимодействия.

Однако, принимая во внимание сказанное в главе 4 о стратегии и тактике, заметим, что затягивание паузы в начале первой встречи — наглядный пример ошибочной тактики, основанной на неправильной стратегии.

В начале первой беседы стратегически неверно испытывать пациента на толерантность к тревоге, оценивать его способность откровенно говорить о себе и демонстрировать невладение ситуацией, хотя молчание психотерапевта в определенные моменты может быть эффективным тактическим приемом. Все это важные стратегии, но время для их использования приходит позже. В начале первой встречи главная стратегическая цель — выяснить, в чем состоит проблема пациента, и эта цель диктует соответствующую тактику: если пациент молчит, необходимо начать его расспрашивать.

Сущность эффективного проведения первой беседы можно также прояснить, критически взглянув на иногда встречающуюся рекомендацию начинать терапию с анализа динамического смысла первых же реплик пациента. Согласно этому подходу, на фразу «Я не знаю даже, с чего начать» психотерапевту рекомендуется ответить: «Вам трудно начинать что-либо». Такая интерпретирующая тактика

с начала первой встречи неуместна, поскольку она препятствует достижению таких стратегических целей, как выявление проблем пациента и создание продуктивного рабочего альянса.

Если говорить о перспективах установления продуктивного рабочего альянса, преждевременное начало интерпретации динамики личности опасно в трех отношениях. Во-первых, поскольку на этот момент знания психотерапевта о пациенте ограничены, высок риск неверной оценки. Ошибочные интерпретации ставят психотерапевта в невыгодное положение, о чем мы более подробно поговорим в главе 8. Грубые оплошности, совершенные при первой же встрече, дают пациенту право усомниться в чуткости специалиста и его способности воздерживаться от поспешных выводов.

Во-вторых, поскольку интерпретация содержит сомнение или уточнение, у пациента, при преждевременном столкновении с интерпретациями, может сложиться впечатление, что психотерапевт склонен «рубить сплеча» и не упустит возможности поставить его в затруднительное положение. В-третьих, интерпретации в начале первой беседы означают, что терапевт взялся за проведение психотерапии еще до того, как пациент дал на это официальное согласие, а это свидетельствует об авторитарной, покровительственной позиции психотерапевта. Подведем итог: преждевременные интерпретации могут привести к нежелательным последствиям:

а) заставляя пациента усомниться в чуткости специалиста;
б) препятствуя развитию у пациента уверенности в психотерапевтической ситуации; и
в) мешая психотерапевту проявить принятие и уважение.

Еще одно предостережение, касающееся первой беседы: психотерапевт обычно имеет некоторые представления о проблемах пациента до встречи с ним, так как получает соответствующую информацию от лица или учреждения, направившего к нему пациента. В таких случаях специалисту не следует изображать полное неведение, говоря, к примеру: «Вы не могли бы рассказать, что привело вас ко мне?» Вместо этого ему необходимо точно описать положение дел: «Доктор Браун сообщил, что у вас имеется некая проблема, вызывающая беспокойство». Сделав это вводное замечание, психотерапевт может подождать, пока пациент не начнет излагать суть проблемы более подробно. Если он не воспользовался этим намеком, чтобы завести речь о себе, психотерапевт может добавить: «Не могли бы вы рассказать об этом?» или: «В чем состоят ваши затруднения?»

Незамедлительное признание того факта, что пациент был направлен третьим лицом, обычно помогает наладить хорошие отношения. Пациенты, пришедшие по направлению, знают о том, что они пришли не по собственной инициативе, и замалчивание этого обстоятельства специалистом может привести их к выводу о том,

а) что психотерапевт обладает некой предварительной информацией, но не признается в этом, то есть задает вопросы, зная ответы на них и, следовательно, неискренен; либо,
б) что терапевт не владеет соответствующей информацией, то есть оказался недостаточно заинтересованным, чтобы заранее обсудить ситуацию с направляющей стороной.

Специалист способен легко избежать такого неосторожного проявления неискренности или равнодушия или исправить допущенную ошибку, если будет помнить о необходимости сделать следующее.

Психотерапевт: Не могли бы вы рассказать, что вас ко мне привело?

Пациентка (*несколько раздраженно*): Доктор Джонс сказал, что разговаривал с вами по поводу моего прихода. Он ничего вам не рассказывал о моей проблеме?

Психотерапевт (*исправляя допущенную ошибку*): Рассказал, и, как я понял, речь идет о ваших отношениях с мужем. Но я бы хотел узнать о вашей точке зрения.

Пациент (*середина первой беседы*): Я думаю, имеет смысл рассказать о том, что беспокоит меня сейчас. Я полагаю, вы знаете о моем прошлом, ведь я уже лечился здесь.

Психотерапевт: Я знаю, что вы посещали клинику несколько лет назад, и я имел возможность просмотреть ваши данные. Тем не менее, думаю, что было бы полезно, если бы вы сами рассказали о себе.

Изучение обстоятельств возникновения проблем

Определив главные проблемы, побудившие пациента обратиться за помощью, психотерапевт должен узнать что-то и об обстоятельствах возникновения этих затруднений. Если у пациента имеются определенные жалобы, например приступы страха, вопросы психотерапевта также должны быть достаточно конкретными: когда появились первые приступы страха, в чем они проявляются, что их провоцирует и т. д. Если жалобы пациента несколько неопределенны, вопросы, соответственно, также должны носить общий характер:

Пациент: Я не умею общаться с людьми, и это меня очень беспокоит.

Психотерапевт: Расскажите что-нибудь о ваших отношениях с другими.

Какими бы ни были вопросы, касающиеся представленных проблем пациента, конкретными или общими, их цель — получить более подробную информацию о сущности, развитии и связи этих проблем с возможными провоцирующими обстоятельствами. Если пациент сразу указывает на наличие множества проблем, психотерапевту необходимо решить, какие из них рассматривать в первую очередь и насколько глубоко. Столкнувшись с целым потоком жалоб, каждая из которых представляется заслуживающей внимания, психотерапевт может испытать затруднения в выборе направления дальнейшего исследования. В этом случае бывает полезно попросить пациента поделиться собственным мнением: «Вы упомянули множество проблем. Какие из них беспокоят вас больше всего или о каких из них вы бы хотели поговорить в первую очередь?»

Однако некоторые пациенты, даже если их просят определить главную или наиболее серьезную проблему, не могут или не хотят это сделать. Для одних начинать с того, что волнует их больше всего, неудобно или болезненно, поэтому для начала беседы они предпочитают легкие темы. Другие сами не знают, какая из их проблем самая важная. Тем не менее, предложив пациенту право выбора , психотерапевт облегчает себе задачу очередности рассмотрения проблем; кроме того,

это позволяет ему проявить внимание и уважение. Интересуясь мнением пациента, он дает понять, что пациент также несет ответственность за происходящее в процессе психотерапии, что его принимают таким, какой он есть, не призывая делать больше, чем то, к чему он психологически готов.

Что касается глубины исследования проблем, о которых пациент сообщает в первой беседе, здесь полезно руководствоваться двумя принципами. Чем выше вероятность того, что за начальной диагностической фазой последует курс психотерапии, тем менее активно следует анализировать любую конкретную тему. Обычно для составления психотерапевтического контракта не требуется подробная информация о проблемах пациента; она, так или иначе, становится известной в ходе психотерапии. Более того, на начальной фазе активные расспросы, направленные на выявление всех деталей ситуации, могут, напротив, подавить самовыражение пациента и создать у него представление о психотерапии как о взаимодействии, состоящем из череды вопросов и ответов, где ведущую роль играет терапевт.

Однако чем более насущны проблемы пациента или чем острее кризис в его жизни, тем более активно и тщательно психотерапевт должен исследовать подробности затруднений пациента в процессе первой беседы. Всестороннее исследование ситуации особенно важно при работе с депрессивными пациентами, обдумывающими возможность суицида, с пациентами, испытывающими трудности в овладении собственным гневом и контроле агрессивных побуждений, а также с теми, у кого наблюдаются отклонения в когнитивной и эмоциональной сфере, напоминающие предвестники психотического состояния. В этих случаях оценка подобного риска и, при необходимости, превентивное вмешательство приобретают большее значение, чем планирование процесса психотерапии.

Психотерапевт также должен распознавать, когда пациенту с соматическими жалобами, соматоформными расстройствами и определенными психологическими нарушениями следует пройти медицинское обследование — до или вместо психотерапии. Кроме того, некоторых посетителей, попавших в сложную социальную ситуацию, лучше направлять в подходящие социальные или консультативные учреждения, не рассматривая перспективы психотерапии. Следует досконально изучать возможности альтернативного вида помощи с тем, чтобы убедиться в необходимости выбора именно психотерапии.

Понимание личности пациента

До этого момента мы рассматривали в основном диагностику проблем пациента. При первичной диагностике важно также составить мнение о пациенте как о личности. Описывая то, что вызывает у них беспокойство, большинство пациентов предоставляют значительный объем информации о понимании пациента как личности, о его работе и увлечениях, об отношениях со значимыми для него людьми и даже о том, как ранний опыт повлиял на его трудности в настоящем.

В любом случае наступает момент, когда у специалиста накапливается достаточный объем первичной информации о проблемах пациента и возникает необходимость дополнить общую картину портретом его личности. Изменение направления беседы может производиться практически незаметно; при этом терапевт лишь следует за пациентом, который переходит на разговор о самом себе. Если же пациент продолжает вести речь только о своих симптомах, психотерапевт может

предложить сменить тему: «Я думаю, у меня сложилось некоторое представление о том, что вас беспокоит. Не могли бы вы теперь рассказать что-то о себе лично?»

Начиная расспрашивать пациента о нем самом, специалист должен вновь определиться, на каких темах следует остановиться и насколько подробно. Одним из условий правильного выбора темы диагностической беседы являются широкие познания в области нормы и патологии развития личности, а также динамики межличностных отношений. Для определения оптимального уровня детализации следует найти грань между «слишком» и «недостаточно». Не имея нужной информации о личности пациента, невозможно оценить необходимость психотерапевтического вмешательства. С другой стороны, стремясь получить слишком много информации, психотерапевт рискует создать атмосферу взаимодействия по типу «вопрос-ответ», которая в дальнейшем может препятствовать проявлению спонтанности пациента и достижению положительных результатов[1].

Основной принцип на начальной диагностической фазе психотерапии — узнать достаточно, чтобы прийти к рабочему диагнозу, отражающему специфику пациента и его проблем. Точный объем и тип информации, необходимые для его составления, зависят от стиля работы терапевта и от особенностей пациента. Психотерапевты могут предпочитать различную степень определенности первичных диагнозов, составление которых предшествует заключению психотерапевтического контракта. Кроме того, терапевты различаются по тому, насколько хорошо они умеют распознавать клинические проявления, и по уровню знаний о внутриличностных процессах. Чем более специалист толерантен к неопределенности (в пределах клинического здравого смысла) и чем более он проницателен и сведущ, тем меньше ему потребуется информации для проведения первичной диагностики потенциального психотерапевтического пациента.

Какое бы количество и вид информации ни желал получить психотерапевт, пациенты, с которыми он встречается, разные. Одни пациенты более свободны и открыты, чем другие; одни говорят по существу, а другие перескакивают с темы на тему. У кого-то более специфические проблемы. Таким образом, в некоторых случаях на осуществление первичной диагностики уходит больше времени, поэтому нельзя назвать точное количество встреч, из которых должен состоять этот этап. Однако можно уточнить, что именно необходимо сделать для того, чтобы прийти к рабочему диагнозу.

Рабочий диагноз

Рабочий диагноз, который необходимо составить на начальной фазе психотерапии, включает в себя *клинический* диагноз и *динамический* диагноз. Рабочий клинический диагноз представляет собой традиционные диагностические заключения о психологическом состоянии пациента. Хотя в полном, развернутом диагнозе необходимости нет, первичную оценку нельзя считать завершенной, пока психотерапевт не составил представление о трех моментах.

1. Имеются ли у пациента психотические, психопатические, невротические отклонения или нарушение адаптации.
2. Носят ли эти отклонения психогенный характер или являются признаками соматического или наркотического состояния, требующего медицинского вмешательства.

3. Наблюдаются ли у пациента психологические проблемы, разрешение которых, по причине их незначительности, не требует психотерапевтического вмешательства, или проблемы столь серьезны, что для их преодоления требуется оказание немедленной кризисной помощи.

Клинический диагноз позволяет не только определить необходимость психотерапии для пациента и его способность извлечь из нее пользу, но и осуществить выбор между раскрывающим или поддерживающим подходом. Раскрывающая психотерапия, скорее всего, подойдет лицам с невротической симптоматикой и нарушением адаптации, тогда как при вероятности развития психотического состоянии, а также при стойких психопатических расстройствах, как правило, рекомендуется преимущественно поддерживающая психотерапия[2].

Рабочий динамический диагноз состоит из общих высказываемых специалистом предположений о пациенте как о человеке и о формировании его личности. Этот диагноз также включает в себя предварительные выводы о характере конфликтов, с которыми сталкивается пациент; о ведущих механизмах защиты, которые используются для снятия тревоги, вызываемой этими конфликтами; о стиле поведения в ситуациях социального, сексуального характера, а также в ситуациях, связанных с достижениями; об отношении к значимым в его жизни людям и о том, как его прошлый и настоящий опыт определил имеющееся состояние дистресса и потребность в получении помощи. Довести эти предварительные выводы до четкого динамического диагноза — непростая задача, и даже к концу психотерапии некоторые аспекты личности пациента могут оставаться скрытыми. Однако динамический диагноз должен быть определенным и полным в той мере, в которой это позволило бы психотерапевту составить некое представление о человеке, с которым он будет работать, и о главных вопросах, которые, скорее всего, будут затронуты в процессе работы. Только в этом случае психотерапия может проводиться как планомерное вмешательство, а не бессистемное экспериментирование.

Таким образом, рабочий диагноз включает в себя информацию, которой должно быть достаточно, чтобы решить, является ли психотерапия подходящим способом воздействия и по каким направлениям это воздействие должно производиться. Однако важна не только первичная диагностика, но и постоянная оценка состояния пациента в процессе терапии, позволяющая выбирать соответствующую стратегию и тактику. Непрерывный контроль изменений в состоянии пациента и во внутриличностной динамике дает специалисту возможность своевременно производить модификации в плане воздействия, направленного на избавление пациента от симптомов и на создание условий для его полноценной жизни.

Оценка необходимости психотерапии

Очередная задача, которая встает перед психотерапевтом после того, как он узнал о пациенте и его проблемах достаточно, чтобы прийти к рабочему клиническому и динамическому диагнозу, — оценить необходимость психотерапии, ее соответствие нуждам пациента. Из множества принципов оценки способности пациента принимать участие в психотерапии и извлекать из нее пользу (рассмотренных в главе 2) исследования указывают на особую значимость трех критериев.

1. Мотивация для прохождения курса психотерапии.

2. Способность к самоанализу и обсуждению самого себя.
3. Полноценность в целом, несмотря на все переживаемые трудности функционирования личности пациента.

Как отмечалось в главе 2, ни один из этих критериев не может гарантировать эффективность психотерапии; она, вероятно, может помочь и слабо мотивированным, не склонным к самоанализу, неразговорчивым пациентам и людям с нарушениями функционирования личности. Однако при прочих равных условиях три переменные — мотивация, способность к самоанализу и целостность личности — указывают на высокую вероятность того, что нуждающийся в психотерапии пациент сможет в ней участвовать и извлечь из нее пользу. Правильная оценка этих переменных поможет специалисту решить, что порекомендовать человеку, обратившемуся к нему за помощью: психотерапию или другой вид терапевтического воздействия. Возможно, надо сообщить ему об отсутствии необходимости терапии.

Оценка мотивации

Легче всего судить о мотивации пациента, желающего пройти курс психотерапии, по остроте переживаемого им дистресса. В целом, чем глубже дистресс, тем сильнее у человека желание изменить самого себя и свою жизнь и тем более он готов взять на себя обязательства, связанные с участием в психотерапии. В частности, чем более человек не удовлетворен своим психологическим состоянием, тем более он склонен к регулярному посещению сеансов, к обсуждению самого себя, даже связанному с преодолением боли и смущения, к анализу интерпретаций, которые он находит неприятными, хотя и точными, и к настойчивому стремлению к успешному завершению психотерапии.

Исключением из правила в отношении дистресса как индикатора желания измениться являются люди с мазохистскими потребностями, горько сетующие на свои трудности и одновременно находящие в них удовлетворение. При помощи тщательного диагностического исследования пациентов с мазохистскими тенденциями обычно выясняется, что большинство их жалоб — отражение имеющих давнюю историю трудностей, которые они сами культивируют и безропотно выносят, имея возможность выбрать себе другую судьбу. Когда же жалобы лица с мазохистскими потребностями связаны не только с их стойкими психопатическими проблемами, но и с острыми переживаниями, то испытываемый ими дистресс, скорее всего, представляет собой страдание, превышающее необходимое для поддержания патологии мазохиста, и имеет то же значение для мотивации к участию в психотерапии, что и острый дистресс любого другого пациента.

Об уровне психического напряжения можно судить по тому, насколько выражена у пациента тревога в связи с его затруднениями и по ответам на два вопроса: как в целом эти проблемы (симптомы) влияют на вашу жизнь и как бы отличалась ваша жизнь, если бы у вас не было этих проблем? Ответы на эти вопросы отражают силу желания пациента измениться, а следовательно, и силу мотивации к психотерапии. Чем более, со слов пациента, глубоки и тягостны его проблемы и чем более существенны изменения, ожидаемые от ослабления симптоматики, тем более мотивированным можно считать пациента.

Проиллюстрируем данный недирективный подход к оценке мотивации двумя ответами на вопрос: как в целом эта проблема повлияла на вашу жизнь?

Пациент 1: Время от времени меня это беспокоит, и тогда я становлюсь раздражительным или мне становится трудно заснуть.

Пациент 2: Из-за нее мои нервы на пределе, и все идет кувырком. На работе сказали, что меня понизят в должности, если я не приведу себя в порядок. Жена меня уже не выносит и поговаривает о разводе, а лучшие друзья начинают меня избегать.

Контраст очевиден: в одном случае наблюдается преходящее беспокойство по поводу не очень серьезной проблемы, а в другом — ярко выраженная тревога по поводу проблемы, препятствующей выполнению своих обязанностей на работе, поддержанию нормальных отношений с супругой и с социальным окружением. Поскольку значимость для пациента его проблемы служит важным индикатором уровня мотивации к участию в психотерапии, специалист должен сам затронуть данный вопрос, если этого не делает пациент. Первичную диагностику нельзя считать завершенной, пока не был учтен субъективный взгляд пациента на свои проблемы и то, как эти проблемы влияют на дружеские, семейные отношения, отношения с любимым человеком, а также на успешность обучения и профессиональной деятельности.

Полезно также сопоставить ответы на вопрос: как бы отличалась ваша жизнь, если бы у вас не было этой проблемы?

Пациент 1: Мне было бы несколько легче расслабиться.

Пациент 2: Все было бы совершенно иначе. Я бы чувствовал себя лучше, остался на своей должности или даже получил повышение и сохранил бы брак.

Как и в предыдущем примере, заметно существенное различие между слабым желанием избавиться от проблемы у первого пациента и отношением к ней второго, причем в этом отношении прослеживается сильная мотивация к изменению. Именно последняя из этих двух установок поддерживает пациента на нелегком пути самопознания, тогда как первая установка, как правило, является предиктором минимальной вовлеченности в психотерапевтический процесс, неаккуратной посещаемости и преждевременным прерыванием курса в том случае, если пациент начинает испытывать затруднения или неудобства.

Иногда такие косвенные вопросы более способны пролить свет на мотивацию человека к психотерапии. На прямой вопрос о своем отношении к психотерапии пациент может высказаться весьма определенно: «Я действительно очень хочу пройти курс психотерапии и надеюсь, что стану вашим пациентом» или: «Я не вижу в этом большой необходимости, думаю, мои проблемы разрешатся сами». Хотя первое из этих замечаний может действительно отражать сильную заинтересованность в психотерапии, а второе — слабую мотивацию, в силу влияния личностных и ситуационных факторов истинный уровень мотивации может оказаться отличным от декларируемого или предполагаемого пациентом.

Если говорить о личностных факторах, причиной кажущегося отсутствия мотивации у пациента, кому психотерапия фактически могла бы помочь, бывает конфликт, который, собственно, и обусловил диагностируемые психотерапевтом проблемы. Например, несчастные и неудачливые люди, внутренний голос которых говорит им, что они недостойны быть счастливыми и удачливыми, могут высказывать сомнения по поводу необходимости психотерапии, поскольку их сму-

щает перспектива получения помощи. Или люди, которые горячо желают получить помощь, однако панически боятся любых неудач и поэтому, предопределяя для себя невозможность достичь позитивных результатов и опасаясь разочарования, связанного с собственной несостоятельностью в роли психотерапевтического пациента, высказываются о психотерапии в весьма прохладном тоне.

В качестве третьего примера обманчивости впечатления о слабой мотивации можно привести категорию людей, испытывающих потребность в психологической помощи, но не решающихся стать пациентами. Даже имея огромное желание пройти курс психотерапии, они отказываются от возможности это сделать, считая, что, став пациентами, проявят тем самым слабость, опозорят себя или свою семью. Заметив двойственное отношение к психотерапии, специалисту следует открыто обсудить его с пациентом при заключении психотерапевтического контракта (глава 6).

Нередко происходят и противоположного рода заблуждения, когда люди, которые положительно высказываются о перспективе участия в психотерапии, под действием каких-либо ситуационных факторов в реальности не испытывают особой потребности в психологической помощи. И поэтому вряд ли проявят должное усердие в работе над собой. Еще один пример касается пациентов, направленных на психотерапию не по собственной воле, если психотерапия оказалась условием сохранения права посещать определенное учебное заведение, сохранить занимаемую должность на работе, остаться дома или выйти из мест лишения свободы. Они могут красноречиво описывать свою заинтересованность в курсе терапии, имея при этом слабую внутреннюю готовность взаимодействовать с терапевтом. Также в срочной необходимости принять их будут убеждать люди, для которых психотерапия является предметом интеллектуального любопытства или символом высокого социального статуса.

Общий принцип, который необходимо помнить каждому психотерапевту, состоит в том, что пациенты, обращающиеся за психологической помощью добровольно, как правило, более мотивированы. Однако этот показатель мотивации далеко не безупречен. Пациенты, обращающиеся по собственной инициативе и обладающие определенной психологической готовностью, могут не вполне осознавать, сколько усилий и обязательств потребует работа с психотерапевтом, и потеряют к ней интерес, обнаружив это. И наоборот, пациенты, обратившиеся по направлению, с невысоким уровнем психологической готовности, но испытывающие острую потребность в психологической помощи, могут вовлечься в процесс психотерапии, как только почувствуют, что она может принести им пользу[3].

Хотя информация о том, при каких обстоятельствах и по каким причинам пациент обратился за психотерапией, важна для определения уровня его мотивации, психотерапевт должен чувствовать разницу между тем, что сообщает человек в ответ на прямой вопрос о своей мотивации, и тем, какой в действительности окажется его мотивация в процессе психотерапии. Поэтому в целом, пытаясь предугадать, не прекратит ли пациент психотерапию и подойдет ли к ней со всей ответственностью, специалист должен полагаться главным образом на свои впечатления об остроте переживаемого человеком дистресса и о силе его желания измениться.

Оценка способности к самоанализу

О способности пациента говорить о себе и анализировать сказанное обычно можно судить по его поведению во время диагностической фазы. Жалуется ли он свои

проблемы или просто перечисляет симптомы, будто рассказывая о ком-то другом или ни о ком конкретно? Проявляет ли инициативу, самостоятельно предоставляя информацию, или, как свидетель в суде, ограничивается ответами на поставленные вопросы? Развернуты ли его ответы или это минимум, которого требуют нормы вежливости? Затрагивает ли он при ответе на вопрос различные темы, связанные с этим вопросом, или строго следует направлению, указанному психотерапевтом? Чем ближе поведение пациента к первым вариантам, тем выше вероятность того, что в дальнейшем он проявит общительность и склонность к самоанализу в той мере, в которой это необходимо для успешной психотерапии.

Чтобы правильно оценить способность и готовность пациента к откровенному разговору, на первых сеансах психотерапевту следует избегать излишней директивности. Забрасывая пациента вопросами с целью собрать как можно больше информации, специалист упускает шанс узнать о его способности к самоанализу. За исключением тех случаев, когда проблемы пациента требуют неотложного, кризисного вмешательства, терапевт должен проводить диагностическую беседу, давая пациенту возможность сделать паузу, порассуждать, самостоятельно высказать свое мнение и следовать направлению, которое указывают его мысли и чувства (например, «Знаете, то, что я только что рассказал, напомнило мне о том, о чем я уже долгие годы не вспоминал»). Пациенты, не способные или не склонные использовать возможность свободно говорить о самих себе, имеют мало шансов получить пользу от психотерапии.

Дополнительную информацию о способности пациента к самоанализу можно получить, используя пробные интерпретации во время диагностической фазы психотерапии. Пробная интерпретация — это поверхностное, не угрожающее защитным механизмам пациента отражение его слов или их переформулировка. Пробные интерпретации помогают пациенту получить представление о том, как будет проходить психотерапия, и в то же время позволяют терапевту оценить реакцию пациента на интерпретацию его поведения. Например, во время первой беседы пациентка сначала сообщает об испытываемой ею тревоге в присутствии гостей мужа, а затем — о тревоге на рабочих совещаниях. Если не существуют убедительных доказательств обратного, в качестве пробной интерпретации психотерапевт может заметить: «Получается, что вас охватывает тревога в тех случаях, когда вокруг вас много людей, вне зависимости от того, происходит это дома или на работе».

Пациент может отреагировать на пробную интерпретацию негативно, совершенно проигнорировав ее, согласившись с неохотой и раздражением из-за того, что психотерапевт прервал его рассказ («Может ли быть, что... кто знает?»), или открыто выразив недовольство и сопротивление («Почему вы так говорите? Что общего имеет одно с другим?»). Пациентам, реагирующим подобным образом на пробные интерпретации, — если допустить, что терапевт предложил вполне безобидную, практически стопроцентно точную интерпретацию, — вряд ли удастся добиться хороших результатов в психотерапии. Им будет трудно переходить от собственных переживаний к самонаблюдению и искать связи между различными аспектами своего поведения.

Другие пациенты позитивно реагируют на пробные интерпретации: с интересом и любопытством («Наверное, в чем-то вы правы; интересно, как одно связано с другим?»), с одобрением («Да, вы правильно поняли, я действительно чувствую

себя неуютно, когда вокруг меня много людей, где бы это ни было»); или даже с энтузиазмом («Да, безусловно, я никогда раньше не задумывалась об этом, но теперь все встает на свои места»). Пациент, для которого пробная интерпретация — сигнал к тому, чтобы остановиться и подумать, готов к самонаблюдению. Принятие интерпретации говорит о его открытости психотерапевтическому процессу. Если он, кроме того, доволен тем, что его поведение подвергается интерпретированию, — значит, он реагирует на внимание и эмпатию, которые несет интерпретация, а не на ее болезненные аспекты. Такие проявления самонаблюдения, открытости и положительного отношения к попыткам воздействия свидетельствуют о том, что на последующих сеансах пациент, скорее всего, будет охотно обсуждать и анализировать себя.

Оценка целостности личности

Оценка целостности личности производится главным образом на основании того, что пациент сообщает о своем прошлом и настоящем жизненном опыте, а также на наблюдении, как он это делает. Инструкции по проведению диагностической беседы были приведены выше, а в этом разделе основное внимание будет уделено двум вспомогательным средствам, используемым во время диагностической беседы для оценки целостности личности: психологическому тестированию и общению с людьми, знающими пациента.

Психологическое тестирование

Информацию, полученную на основе данных психологических тестов (об установках, тревогах, возможностях и личностном стиле пациента), можно с успехом использовать для составления плана психотерапии. Результаты предварительного тестирования особенно важны при выборе необходимого уровня интенсивности, направления психологического воздействия и для предупреждения нежелательной реакции пациента на различные аспекты терапевтического процесса[4]. Принимая решение о тестировании потенциального пациента, следует исходить из того, достаточно ли было получено информации в ходе первых сеансов, чтобы прийти к рабочему диагнозу, которым можно было бы руководствоваться в дальнейшей работе. При достаточной информации нет смысла проводить психологическое тестирование, если только психотерапевт не хочет получить исходные данные для выявления динамики состояния пациента при повторном тестировании. Однако при отсутствии рабочего диагноза, удовлетворяющего специалиста, результаты психологического тестирования помогают лучше понять проблемы пациента и лучше подготовиться к тому, чтобы действовать в соответствии с этим.

Из трех переменных, используемых при оценке необходимости психотерапии — мотивации, способности к самоанализу и целостности личности — получения дополнительной информации с помощью психологического тестирования потребует, скорее всего, последняя. Если психотерапевт неправильно оценивает мотивацию пациента или его способность к самоанализу, психотерапия может затормозиться или потребовать реструктурирования, однако вероятность пагубных последствий невелика. Аналогично, ошибочные представления специалиста о динамике личности пациента могут корректироваться в процессе выявления новой информации без какого-либо серьезного негативного эффекта.

Однако, если психотерапевт изначально переоценил степень целостности личности пациента, результаты могут оказаться плачевными. Начав курс глубинной психотерапии и столкнувшись с характерными для этого подхода неопределенностью, слабой структурированностью и направленностью на болезненные переживания, люди с низким уровнем толерантности к тревоге и фрустрации рискуют полностью выйти из равновесия, вплоть до появления признаков психотического состояния. Как отмечалось в главе 3, негативное воздействие психотерапии обычно объясняется превышением требований, предъявляемых к пациенту, при отсутствии предварительного диагностического обследования. Профессионально подготовленный психотерапевт должен суметь распознать первые признаки подобной декомпенсации личности и установить ее связь со слабой структурированностью терапевтической ситуации. Затем он должен принять меры по исправлению своей ошибки и по предотвращению дальнейшего ухудшения положения, главным образом посредством замены своего стиля на более директивный и поддерживающий. Бесспорно, намного лучше было бы вообще не допускать такой просчет.

Если специалист все еще сомневается относительно степени целостности личности пациента, необходимо прибегнуть к психологическому тестированию. Всесторонняя оценка личности, проводимая профессиональным консультантом-психодиагностом в клинических целях, — специализированная и дорогая процедура. Тем не менее при правильном использовании она оправдывает все затраты. Применение ошибочной стратегии вследствие недостаточно полной диагностики может привести к бессмысленной трате психотерапевтического времени. Использование психологических тестов, позволяющее получить информацию, недоступную для других методов, может помочь избежать малопродуктивных сеансов, которые вместе стоят намного дороже психодиагностической консультации. Недостаточная структурированность психотерапевтического процесса может явиться причиной ухудшения состояния пациента, которое принесет негативные переживания как ему самому, так и его психотерапевту. Уменьшая риск такого плачевного результата, как психотическое состояние, тестирование обходится дешевле психологического ущерба, наносимого неправильно проводимой психотерапией. В то же время тестирование не может заменить диагностическую беседу. Психотерапевт, регулярно обращающийся к тестовым данным для получения информации, которую можно было бы собрать во время сеанса терапии, не выполняет своих обязательств перед пациентом.

Общение с другими людьми

Общаясь с людьми, знающими пациента, психотерапевт приобретает возможность узнать о его социальной, сексуальной и профессиональной адаптации — то, о чем пациент позабыл или не захотел упомянуть. Эта информация важна для получения конструктивного и полного анамнеза, но к поиску дополнительных источников и доверию к ним следует подходить весьма осторожно.

Во-первых, хотя родственники, друзья и коллеги по работе могут быть более объективными наблюдателями поведения пациента, чем он сам, предоставленная ими информация не обязательно более правдива, чем информация, предоставляемая пациентом. У людей, обращающихся к психотерапевту, как правило, имеются некоторые затруднения, которые представляют собой либо первичное проявление

их проблем, либо вторичное следствие эмоциональных расстройств. Значимые для пациента люди вовлечены в его проблемы; одни спровоцировали возникновение этих проблем, другие страдают от их последствий, и все они относятся к пациенту по-разному: с вниманием, с нетерпением, с сочувствием или раздражением. На мнение этих людей о поведении пациента влияет роль, которую они играют в его проблемах, и отношение к нему как к супругу, родителю, ребенку, другу или коллеге. Специалист должен быть осторожен с полученной информацией, поскольку, как правило, людей, предоставивших ее, он знает недостаточно хорошо, чтобы оценить их мотивацию и степень достоверности того, что они сообщают.

Во-вторых, обращаясь за информацией к другим людям, психотерапевт может повредить своим отношениям с пациентом. Поскольку в соответствии с упомянутым выше принципом диагностическая фаза психотерапии должна заключаться в сборе информации, достаточной, чтобы прийти к рабочему диагнозу, обращаться к другим людям следует только в том случае, если пациент отказывается или не способен предоставить информацию, имеющую решающее значение в диагностике; особенно когда есть основания говорить о кризисной или чрезвычайной ситуации[5]. Как и излишне обстоятельная диагностическая беседа, сбор данных с привлечением других людей при отсутствии острой необходимости может подтолкнуть пациента к выводу о том, что психотерапия — это, скорее, накопление информации, а не ее анализ. Желание терапевта поговорить с другими может подразумевать, что пациент не в состоянии дать адекватную информацию. Кроме того, зная, что психотерапевт обсуждает его проблемы с другими, пациент может усомниться в конфиденциальности психотерапии и в безопасности полной откровенности. Поэтому обращение к третьим лицам может создать у него чувство неуверенности и унизить его.

В-третьих, психотерапевт практически не может контролировать то, что люди, с которыми он беседовал, впоследствии расскажут или посоветуют пациенту. Без злого умысла, а иногда и злонамеренно, они могут представить пациенту беседу с терапевтом в искаженном виде, а подобная информация может снизить уровень мотивации пациента к участию в психотерапии и, в частности, подорвать уважение к психотерапевту. Предположим, пациент сообщает: «Жена говорит, что вы велели ей быть более терпеливой ко мне, потому что я по природе своей несносный человек и меня ничто не исправит; если вы действительно так думаете, как вы собираетесь мне помочь?» Допустив такую ситуацию, специалист, какими бы благими намерениями он ни руководствовался, сталкивается с необходимостью восстановить у пациента интерес к работе с ним.

Подобные неприятные последствия поиска дополнительной диагностической информации в среде знакомых пациента можно попытаться уменьшить. Например, разговор с третьим лицом в присутствии пациента позволяет узнать, что и кем было сказано, и не беспокоиться о конфиденциальности. Однако, стараясь не обидеть пациента или не вызвать на себя его гнев, информаторы, как правило, неохотно делятся существенной информацией в присутствии пациента. Единственный выход в этом случае — проводить супружескую или семейную психотерапию. Еще одна сложность: пациенту, присутствующему при разговоре о себе, обычно бывает непонятно, почему информации, которую он мог бы предоставить самостоятельно в частной беседе, недостаточно. Кроме того, пациенту может не понра-

виться, что он на время потерял безраздельное внимание психотерапевта, который заинтересованно слушает кого-то еще.

Помня о вышесказанном, терапевт должен осторожно подходить к вопросу о необходимости общения с другими людьми по поводу пациента, с которым он намеревается проводить индивидуальную психотерапию. Как и психологическое тестирование, обращение к третьим лицам не заменяет диагностической беседы с самим пациентом. Не следует также поощрять знакомых и близких сообщать о том, что не является существенным для рабочего диагноза. К контактам с другими людьми следует прибегать лишь при работе с пациентами, степень целостности личности которых изначально находится под вопросом. Как и данные психологического тестирования, дополнительная информация, предоставленная третьими лицами, на диагностической фазе психотерапии направлена на выявление пациентов, которым психотерапия противопоказана либо в силу ограниченности их личностных ресурсов, либо в связи с их критическим состоянием, а также пациентов, для которых более подходящими были бы терапевтические процедуры иного рода.

Завершение начальной фазы диагностики и оценки

На этом этапе работы с потенциальным пациентом психотерапевт завершает начальную диагностику и оценку. Он выявил главные проблемы, ознакомился с обстоятельствами их возникновения, составил представление о личности пациента и пришел к клиническому и динамическому диагнозу. Он также оценил уровень мотивации к участию в психотерапии, способность к самоанализу и целостность личности пациента. Получение этой информации занимает от одного до нескольких сеансов. Теперь психотерапевт в состоянии решить, является ли психотерапия приемлемой и полезной для пациента. Чтобы завершить начальную фазу диагностики и оценки, необходимо узнать, может ли пациент, которому показана психотерапия, реально принять в ней участие.

Как отмечает Девальд (Dewald, 1967), к реальным факторам, которые чаще всего определяют возможность принимать участие в психотерапевтической работе, следует отнести наличие достаточного количества времени и денег, а также отсутствие отвлекающих обстоятельств. Что касается времени, в состоянии ли пациент регулярно посещать психотерапевтические сеансы в приемлемые для терапевта часы, или домашние хлопоты и работа не позволяют ему взять на себя подобные обязательства? Будет ли психотерапия проходить непрерывно в течение некоторого периода, или ее время будет ограничено в связи с предстоящим переездом пациента; возможно, она будет постоянно прерываться длительными отпусками и командировками? Если говорить о деньгах, достаточно ли у пациента собственных сбережений или страховочных средств, чтобы оплатить психотерапию? Что касается отсутствия отвлекающих обстоятельств, стабильна ли жизненная ситуация пациента, чтобы позволить сосредоточиться на психотерапевтическом процессе?

Рекомендовать психотерапию следует тем, у кого есть для этого показания, а также достаточно времени, средств и сил, чтобы посвятить себя работе с психотерапевтом. Людям, которые могли бы извлечь пользу из психотерапии, но не мо-

гут в ней участвовать по каким-либо из вышеперечисленных практических соображений, следует предложить альтернативные варианты. За исключением тех случаев, когда необходимо краткосрочное кризисное вмешательство, пациентам, ограниченным во времени, можно рекомендовать отложить психотерапию до того момента, когда они смогут включить в свой график регулярные посещения психотерапевта. Людям, ведущим непостоянный образ жизни, также следует посоветовать подождать, пока их жизненные обстоятельства стабилизируются, и они смогут сосредоточиться на конкретных целях психотерапии. Пациентам, имеющим финансовые затруднения, можно посоветовать воспользоваться разного рода страховыми услугами или предложить адреса менее дорогих клиник.

Обсуждение этих практических вопросов с пациентом, которому показана психотерапия, служит связующим звеном между начальной диагностической фазой и заключением соглашения о продолжении психотерапии. Это соглашение представляет собой психотерапевтический контракт, о котором пойдет речь в следующей главе.

Примечания

1 Принципам проведения диагностической беседы, а также всевозможным точкам зрения на этот процесс посвящено множество книг и статей. Особого внимания заслуживают работы Craig 1989; Groth-Marnat, 1990, chapter 3; Halleck, 1991; Hersen & Turner, 1985; Morrison 1995; Othmer & Othmer, 1994; Rogers, 1995; Trzepack & Baker, 1993; Wiens, 1991; Wolberg, 1998, chapters 22–34.

2 Хотя это мнение о состояниях, обычно требующих поддерживающего подхода, разделяется многими специалистами, некоторые авторы заявляют о возможности применения экспрессивных и раскрывающих методов при работе с такими психотическими и характерологическими расстройствами, как шизофрения и пограничное личностное расстройство. Из современных работ по этому вопросу можно порекомендовать Akhtar, 1981; Chessick, 1983; Goldstein, 1996; Karon & Vandenbos, 1981; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1989; Stone et al., 1983.

3 Обсуждая проблему оценки внутренних (самого пациента) и внешних (кого-то еще) мотивов обращения к психотерапевту, Робертсон (Robertson, 1988) анализирует роль, которую может сыграть психотерапевт, помогая пациенту, пришедшему не по собственной инициативе, найти для себя смысл в прохождении психотерапевтического курса. Сформированная таким образом внутренняя мотивация поддерживает вовлеченность пациента в процесс психотерапии тогда, когда давление со стороны третьих лиц или обстоятельств ослабевает или полностью исчезает.

4 Тему использования психологических тестов для планирования и оценки результатов психотерапии подробно рассматривают Butcher, 1990; Finn, 1996; Hurt, Reznikoff, & Clarkin, 1991; Maruish, 1992; I. Weiner, 1992b.

5 Эта рекомендация, безусловно, не относится к тем случаям, когда психотерапевт рассматривает возможность супружеской или семейной психотерапии для пациента, обратившегося за индивидуальной психотерапией.

Глава 6

Психотерапевтический контракт

Психотерапевтический контракт — это ясно сформулированное соглашение между пациентом и психотерапевтом о совместной работе, цель которой — избавление пациента от психологических затруднений. Прежде чем заключить этот контракт, пациент и психотерапевт должны прийти к общему мнению относительно необходимости психотерапии и реального участия в ней. Затем им необходимо утвердить цели и процедуры, которые будут использоваться для достижения этих целей. Наконец, им нужно уладить специфические организационные вопросы, касающиеся времени, места, частоты сеансов и их оплаты. В данной главе рассматривается деятельность психотерапевта по реализации этих трех аспектов заключения психотерапевтического контракта.

Согласие на психотерапию

Важнейшим условием удачного начала психотерапии является четко сформулированное соглашение между пациентом и психотерапевтом относительно необходимости психотерапии и реального ее проведения. Каким бы естественным ни казался этап заключения психотерапевтического контракта, его можно легко пропустить, особенно если пациенты во время диагностической беседы проявляют чрезвычайную активность и восприимчивость. Может показаться, что стремление и готовность таких пациентов к психотерапии следует считать фактом, не требующим доказательств. Однако это допущение имеет очевидный недостаток, поскольку лишает пациента возможности открыто принять участие в решении вопроса о необходимости дальнейшей психотерапии. Психотерапевту следует избегать допущений и односторонних решений, так как это может быть расценено как неуважение к личности пациента. Прежде чем согласовывать организационные моменты, психотерапевт, проявляя уважение к клиенту, должен дать ему право самому выбрать — продолжить психотерапию или отказаться от нее.

Психотерапевту, кроме того, необходимо помочь пациенту принять *обоснованное* решение. При заключении любого контракта обе стороны имеют право на полную информацию; точно так же и пациент имеет право получить определенную информацию, прежде чем примет решение о продолжении психотерапии. Он имеет право знать, что думает психотерапевт о его психологических проблемах и что означают его рекомендации для их разрешения; он имеет право получить информацию о психотерапевтическом процессе и обязательствах участников, а также об уровне квалификации психотерапевта[1].

Рекомендация курса психотерапии

Проведя первичную диагностику с обратившимся за помощью человеком, психотерапевт должен обобщить сложившиеся у него впечатления и предложить некоторые рекомендации. Это промежуточное подведение итогов обычно заключается в кратком изложении того, что обсуждалось на предыдущих сеансах, без попытки реконструировать развитие личности пациента или истоков его затруднений. На этом этапе у психотерапевта все еще минимум информации, и он рискует ошибиться, пытаясь воссоздать анамнез пациента и формирование симптомов. Кроме того, чем больше гипотез предлагает психотерапевт в своем резюме, тем меньше вариантов остается пациенту для самостоятельного осмысления на последующих сеансах. Приведенное ниже резюме, предложенное 33-летнему мужчине с классическим невротическим страхом успеха[2], может послужить наглядным примером подобного заключения.

> Полагаю, сейчас удачный момент, чтобы поделиться с вами своими впечатлениями. Вы обратились ко мне прежде всего в связи с тем, что ощущаете подавленность и раздражительность, а также неудовлетворенность своей жизнью. Как мы определили, источником этого состояния, скорее всего, является ситуация, сложившаяся у вас на работе. Все шло неплохо, пока вам не сообщили, что вас собираются повысить в должности. С этого момента на работе вас начали преследовать неудачи, вы не получили повышения, впали в уныние, у вас опустились руки и вы стали раздражительным. Мы выяснили, что подобное случалось с вами и раньше, когда перед вами открывалась перспектива каких-либо достижений; и, кроме того, у вас сохранились яркие воспоминания о высоких требованиях, предъявляемых детям в вашей семье. Если учесть все вышесказанное, кажется вероятным, что ваша проблема заключается в неком двойственном отношении к успеху и людям, достигшим успеха. Эти установки по большей части вами не осознаются, но тем не менее мешают вам получать от жизни то, что вы могли бы или хотели бы получать. Что вы думаете по этому поводу?

Как следует из этого примера, в кратком заключении, предлагаемом на этом этапе, нет ничего драматичного и неожиданного. Пациент уже осознал большую часть того, что содержит это заключение, до обращения за помощью, а остальное он осознал в ходе диагностических бесед. Тем не менее психотерапевт должен взять на себя труд сформулировать этот краткий итог и представить его пациенту таким образом, чтобы обратить на это его внимание. Существует значительная разница между мыслями, появляющимися во время первой беседы, и мыслями, четко сформулированными в конце диагностической стадии. Отдельные мысли могут ускользать или забываться, особенно если у пациента срабатывают механиз-

мы вытеснения и отрицания; резюме психотерапевта представляет собой четкий вывод, который трудно игнорировать.

Четкое изложение психотерапевтом рабочего диагноза имеет несколько преимуществ. Во-первых, точно и ясно представленное резюме убедительно показывает, что психотерапевт внимательно выслушал и обдумал слова пациента, что он способен понять его трудности и считает, что пациент вправе знать о сложившемся у специалиста впечатлении. Во-вторых, в хорошо сформулированном заключении находят отражение цели психотерапии и поэтому оно является основой для последующего соглашения. В-третьих, четкое и недвусмысленное заключение помогает психотерапевту избежать неприятных последствий недопонимания.

Неполное понимание психотерапевтического контракта может значительно затруднить процесс протекания психотерапии, прежде всего, понижая способность терапевта быть эффективным в моменты, когда взаимодействие в работе нарушается, либо в связи с болезненностью обсуждаемого материала, либо из-за наличия у пациента определенных чувств по отношению к терапевту или к терапии. В главах 9 и 10 мы более подробно поговорим о том, что реакции сопротивления и переноса могут обусловить временное разочарование в лечении и спровоцировать такие жалобы, как «Вы меня даже не спрашивали, нужна мне психотерапия или нет», «Вы мне никогда не рассказывали, что вы думаете о моих проблемах» или «Вы мне не объясняли, как все это будет проходить».

В ответ на такие жалобы психотерапевт может заметить, что эти вопросы в действительности уже обсуждались, после чего он может обратиться к анализу того, что тревожит пациента в данный момент и мешает ему вспомнить условия психотерапевтического контракта. У терапевта, не прояснившего все аспекты психотерапевтического контракта, не будет убедительных аргументов для эффективной работы с такого рода жалобами пациента.

Последнее предложение из резюме, приведенного в качестве примера, иллюстрирует еще один практический момент. Терапевт должен завершить свое заключение просьбой прокомментировать его. При этом для пациента становится очевидным уважение и заинтересованность во взаимодействии со стороны терапевта, а ответ дает дополнительно полезную информацию. Если он соглашается с диагнозом психотерапевта, по тому, насколько уверено и воодушевленно он это делает, можно судить о его будущей откровенности или сдержанности на последующих сеансах. При несогласии пациента с заключением специалиста возникает необходимость пересмотра результатов диагностики. Психотерапевт может переоценить готовность пациента к самоанализу или составить не совсем правильное представление о его проблемах и трудностях. В первом случае пациенту можно посоветовать прибегнуть к какому-нибудь другому виду лечения, а не к психотерапии; последняя же ситуация может свидетельствовать о необходимости дополнительной диагностики или смены психотерапевта.

После формулирования заключения и согласия с ним пациента должна следовать настоятельная и недвусмысленная рекомендация к определенной форме терапии. Как и резюме, рекомендация не должна быть длинной; и тем более она не предполагает разъяснения причин, по которым пациенту подходит тот или иной терапевтический метод. Психотерапевт должен порекомендовать оптимальный с

его точки зрения вариант и ответить на вопросы пациента об альтернативных путях разрешения проблемы.

Так, если психотерапия представляется оптимальной, то специалист должен просто сказать: «Я считаю, что вам будет полезно пройти курс психотерапии, и хотел бы обсудить с вами, в чем она заключается». Сформулированная таким образом рекомендация психотерапевта не оставляет сомнений о его мнении или о готовности оказать помощь. При этом пациенту предоставляется возможность обсудить перспективу участия в психотерапии прежде, чем возникнет вопрос о продолжении сеансов.

В этих условиях пациент обычно откладывает свои вопросы до того момента, пока не услышит разъяснения психотерапевта. Если же пациент начинает спрашивать о процедуре психотерапии сразу после того, как прозвучала рекомендация (например: «А в чем конкретно заключается психотерапия? Сколько она длится? Как часто проводятся сеансы?»), психотерапевт может заметить, что именно это он намерен обсудить: «Позвольте мне немного рассказать о психотерапии, и после этого, полагаю, вам все будет ясно». Вопросы, отражающие амбивалентное отношение к перспективе участия в психотерапии («Это действительно необходимо?»), можно отсрочить до того момента, когда будет дано общее описание процесса психотерапии.

Однако если вопрос «Это действительно необходимо?» отражает тревогу пациента по поводу тяжести своего расстройства или отрицание собственных проблем, психотерапевту следует прояснить свою точку зрения на его состояние. Тревога пациента требует выявления и корректировки его ошибочных представлений о сложности положения и о том, насколько интенсивным должно быть психотерапевтическое вмешательство. Если пациент недооценивает необходимость помощи, следует еще раз обратить его внимание на имеющиеся проблемы и на те трудности, которые повлечет отсутствие попыток их разрешить.

Однако терапевт не должен ни в коем случае пытаться получить согласие на участие в психотерапии через угрозы и запугивание, как не должен он и преуменьшать значение проблем пациента или успокаивать его, не имея на то оснований. Необходимо всегда руководствоваться принципами уважения и искренности по отношению к пациенту, что подразумевает предельно ясное формулирование своей точки зрения на ситуацию пациента и дает ему право самостоятельного выбора линии поведения. Как отмечалось в главе 3, лишь крайне тяжелое состояние пациента, служащее основанием для рассмотрения вопроса о возможной госпитализации, и необходимость оповещения соответствующих инстанций по этическим и нормативно-правовым соображениям, могут заставить психотерапевта нарушить право пациента на самостоятельное принятие решения.

Другой вопрос пациента, требующий прямого ответа, касается возможности использования других методов. Пациенты, осведомленные о методах психологического воздействия, в ответ на рекомендацию пройти курс индивидуальной психотерапии могут начать расспрашивать об альтернативных или более подходящих, по их мнению, вариантах лечения: о групповой психотерапии, аутогенной терапии, гипнотерапии, тренинге уверенности в себе или использовании психотропных препаратов. При появлении таких вопросов терапевту следует придерживаться

золотой середины. Он не должен представлять психотерапию как единственную возможность получить помощь, поскольку это редко бывает правдой. В то же время нет необходимости вдаваться в разъяснения преимуществ множества других терапевтических подходов, поскольку его ответы легко могут превратиться в просветительскую работу, отвлекающую психотерапевта от описания того, что он сам готов предложить. Простота и определенность являются ведущей линией в ответе на подобные вопросы: «Так же как существует несколько способов разрешения любой проблемы, существует множество терапевтических методов, которые приносят пользу людям со сходными проблемами. Подход, который использую я, — это индивидуальная психотерапия, и именно этот вариант я предлагаю вам обдумать».

Многие специалисты занимаются не только индивидуальной, но и другими видами психотерапии или, по крайней мере, владеют ими. Психотерапевт, проводящий и индивидуальные и групповые сеансы, время от времени консультирующий супружеские пары, а также использующий программы преодоления стресса, может счесть один из этих подходов наиболее приемлемым для конкретного пациента и порекомендовать его. Или же, не видя однозначных преимуществ одного метода перед другими, он может предложить описание двух-трех подходов, которые он готов применить; и помочь пациенту выбрать один из них. Иногда, зная о достоинствах какого-то метода, но не используя его на практике, психотерапевт может прийти к выводу о его предпочтительности; в этом случае ему необходимо поделиться своими соображениями с пациентом и направить его к более компетентному в данной области коллеге. Наконец, не следует упускать из виду и такую возможность: некоторые пациенты не нуждаются в психологической помощи, и терапевт, подводя итоги диагностического этапа, должен сообщить им об этом.

Чтобы осуществить разумный выбор среди этих вариантов, специалист должен знать не только то, как проводить психотерапию. Он должен владеть необходимой информацией и навыками, чтобы определить, нуждается ли пациент в помощи еще какого-либо специалиста, и какой метод терапии принесет ему максимальную пользу. Именно поэтому психотерапевт, занимающийся частной практикой и берущий на себя ответственность за проведение первичной диагностики, должен иметь большой клинический опыт и соответствующее образование.

Разъяснение сути процесса психотерапии

Чтобы пациент смог принять обоснованное решение о продолжении психотерапии, специалист, порекомендовав данный вид воздействия, должен разъяснить его суть. Объяснение удобно начать с вопроса о том, что пациент уже знает о психотерапии или какой он ее себе представляет. В сознании большинства людей, обращающихся за помощью, уживаются точные и ошибочные представления о психотерапии; зная о них, психотерапевт может удачнее описать процесс лечения и уделить особое внимание подтверждению или корректировке убеждений пациента.

Как и рекомендация к прохождению курса психотерапии, разъяснение ее сути должно быть ясным и полным. Никогда не следует принимать на веру заявление пациента о том, что он знает, в чем состоит психотерапия. Что бы ни утверждал

пациент о своей осведомленности, его следует попросить рассказать о своих представлениях, с тем чтобы оценить их правильность. Кроме того, даже те пациенты, которые способны дать достаточно полное и точное описание процесса психотерапии, не должны лишаться возможности услышать описание психотерапии из уст психотерапевта. Даже тем, кто уже ранее проходил курс психотерапии, необходимо ознакомиться с точкой зрения специалиста на процесс будущей работы. Столкнувшись на средней фазе с жалобами пациента на то, что он не понял суть психотерапии, терапевт, как уже отмечалось, не сможет эффективно отреагировать, если все, что он может сказать, это: «Я думал, вы знаете» или: «В самом начале мне показалось, что у вас имеются представления об этом».

Само разъяснение сути психотерапии заключается в сравнительно кратком информировании пациента о следующих моментах:

- во время психотерапии пациент рассказывает о себе, а специалист слушает, помогает ему выразить свои мысли и понять значение того, что он говорит и делает;
- в процессе этого взаимодействия проясняются мысли, чувства и переживания, относящиеся к прошлому и настоящему опыту пациента и позволяющие лучше понять его личность и истоки его проблем;
- через расширение границ самосознания, благодаря поддержке психотерапевта, происходит ослабление негативных переживаний и развитие более адаптивного поведения.

Это упрощенное разъяснение сути психотерапии обычно удается проиллюстрировать на примере диагностических бесед. Например, психотерапевт, удачно воспользовавшийся пробными интерпретациями, может точно и доступно описать процесс терапии следующим образом.

> Основу психотерапии составляет беседа. Примерно такая, какую мы вели до этого момента. Вы, в основном, рассказываете о своих чувствах и мыслях, а я слушаю и пытаюсь помочь вам лучше понять самого себя. В самом начале вы упомянули, что одна из ваших проблем заключается в том, что в своей жизни вы не встретили ни одного мужчину, который показался бы вам привлекательным. Затем я задал несколько вопросов о вашем детстве, и вы вспомнили, что отец был для вас кумиром. Таким образом, у нас родилась идея, что одной из причин вашей неприязни к мужчинам является отсутствие у них всех достоинств вашего отца. Эта мысль показалась вам заслуживающей внимания, однако раньше она не приходила вам в голову. Именно так и проходит сеанс психотерапии[3].

Описав в общих чертах процесс психотерапии, специалист должен решить, нужны ли какие-то уточнения. Особенно важен вопрос о том, следует ли предупреждать пациента о возможных нарушениях процесса коммуникации, таких как трудности в выражении своих мыслей или возникновение сильных позитивных или негативных чувств по отношению к психотерапевту. Здесь полезно руководствоваться следующим принципом: объяснять достаточно, чтобы обеспечить удачное начало психотерапии, и в то же время не перегружать лишней информацией.

Если говорить более конкретно, то, предоставляя пациенту информацию о психотерапии, с тем чтобы он смог принять обоснованное решение о продолжении

сеансов, следует описать сам процесс терапии, а не возможную реакцию на него со стороны пациента. В главах 9–11 более подробно рассматривается вопрос о том, что реакции на психологическое воздействие могут содействовать самопознанию пациента, особенно если в них заложен уникальный личностный опыт. Если психотерапевт в самом начале расскажет о возможных реакциях на терапию, впоследствии пациент вряд ли придаст им большое значение.

Предположим, что у пациента пропало желание или способность говорить откровенно, и психотерапевт пытается понять, почему этот человек, пришедший по собственной инициативе, стремившийся получить помощь и до этого момента весьма открытый, внезапно замолчал. Для тех людей, которым сообщалось о том, что у всех пациентов время от времени возникают трудности в выражении себя или может сформироваться сильное чувство к психотерапевту, значение реакций сопротивления и переноса снижается, и вероятность конструктивного использования этих феноменов сводится к минимуму. Глубинная психотерапия принесет пациенту значительно больше пользы, если затруднения в общении или сильное чувство к психотерапевту удивят и озадачат его. Пациенту, который спрашивает: «Такое происходит со всеми при психотерапии?» — следует ответить: «Важно то, что ваши чувства и реакции возникли именно сейчас, и мы должны подумать, что послужило их причиной и что они означают».

Избегая подробностей, касающихся реакции на психотерапию, терапевт должен добавить к своему разъяснению указания на то, что у пациента будут определенные обязанности, связанные с режимом проведения психотерапевтических сеансов. Во-первых, необходимо сообщить о том, что сеансы будут проводиться регулярно, в установленное время. Хотя частота и точное время встреч оговариваются на этапе обсуждения организационных вопросов, пациента следует уведомить, что не он назначает сеанс, если у него возникают какие-то проблемы или желание поговорить. Такой свободный график подходит для медикаментозной терапии и некоторых видов консультирования, но не для непрерывной психотерапии, поддерживающей или экспрессивной.

Во-вторых, психотерапевт обязан обсудить вопрос продолжительности курса, хотя он не поддается точной оценке. Дело не только в том, что спрогнозировать темпы работы с отдельным пациентом довольно трудно, но и в том, что психотерапия не всегда завершается тогда, когда достигнуты изначально поставленные цели. Некоторые пациенты, добившись намеченных результатов, решают перейти к разрешению других проблем или к развитию более глубокого самопонимания; а некоторые решают остановиться на достижениях более скромных, чем предполагалось в самом начале.

В том случае, когда нет каких-либо специфических причин для фиксирования продолжительности психотерапии (например, при особой стратегии администрации клиники, участия в исследовании психотерапии, ограниченной во времени, или же приближающегося отъезда пациента или психотерапевта), лучше всего не устанавливать каких-либо временных рамок. Однако следует ясно дать понять, что время, необходимое для достижения некоторого улучшения, исчисляется месяцами и годами, а не днями и неделями. Если пациенту трудно осознать, что процесс психотерапии займет более двух-трех сеансов, обычно достаточно заметить,

что на то, чтобы стать таким, какой он есть, у него ушло много времени; поэтому, чтобы понять, как это произошло, и добиться определенных изменений в мироощущении и поведении, тоже необходимо какое-то время.

До завершения разъяснений психотерапевт может также услышать от пациента вопросы, касающиеся вероятности достижения позитивных результатов. Разумнее всего воздержаться от каких-либо обещаний о «излечении» или значительных изменений в поведении. При психотерапии нет гарантированного исхода, и со стороны психотерапевта было бы нечестно обнадеживать пациента, не имея на то оснований. Страпп (Strupp, 1989) следующим образом формулирует общие принципы, которыми должен руководствоваться специалист, обсуждая с пациентом этот вопрос:

> Психотерапевт должен вычеркнуть из своего словаря понятие *излечение*. На него редко можно надеяться, и, что бы под ним не подразумевалось, оно редко наступает. Можно ожидать: а) улучшения межличностного функционирования; б) повышения самооценки, уверенности в себе и самоуважения; в) возрождения интереса к жизни, прилива энергии и появления удовлетворенности; г) большей веры в собственную компетентность и в собственные возможности; д) значительного снижения остроты проблем (ослабление симптоматики), заставивших пациента обратиться за помощью (р. 723)

Обдумывая вопрос пациента о прогнозе, психотерапевт должен помнить о представленных выше принципах, а также о рассмотренном в главе 2 положительном влиянии веры пациента в успех психотерапии. Учитывая все это, целесообразно сформулировать ответ следующим образом:

> Довольно трудно предугадать, избавитесь ли вы с помощью психотерапии от всех проблем. Однако психотерапия поможет вам лучше узнать себя; кроме того, она принесла пользу другим людям с похожими проблемами.

Информация об уровне квалификации психотерапевта

Завершив разъяснение сути психотерапевтического процесса и ответив на все вопросы пациента, касающиеся психотерапии, специалист должен осведомить его об уровне своей профессиональной квалификации. Это не означает, что необходимо предоставить полное резюме, в котором был бы описан весь путь обучения и профессиональной деятельности. Но у пациента есть право узнать, компетентен ли психотерапевт проводить предлагаемый им вид психотерапии, и задать любые вопросы о квалификации специалиста. Отвечая, терапевт должен различать вопросы о нем как о психотерапевте и вопросы, касающиеся его как личности. В пределах возможного, специалист должен прямо и честно ответить на вопросы о себе как о психотерапевте, например о том, какова его специализация, где он проходил обучение и практическую подготовку. Однако необходимо понимать, какие из вопросов требуют откровенного, но несколько менее определенного ответа.

Например, спрашивая: «Сколько лет вы уже занимаетесь психотерапией?» или «Сколько у вас было пациентов с такими же проблемами, как у меня?» — пациент в действительности не стремится узнать точные цифры. Ему трудно судить, какими должны быть стаж и клиентура профессионального психотерапевта, его лишь интересует, способен ли специалист понять его проблемы и оказать ему помощь.

Поэтому на подобные вопросы лучше всего отвечать следующим образом: «Вас беспокоит, смогу ли я понять ваши проблемы и помочь в их разрешении. На это я могу ответить, что у меня достаточно опыта, чтобы работать с вами; если бы мне показалось, что мне не удастся вам помочь, то я направил бы вас к другому психотерапевту».

Такой ответ удовлетворит большинство пациентов: они услышат то, что хотели узнать. Если же пациент продолжает настаивать на получении более точной информации о профессионализме психотерапевта, стоит обратить внимание на необычность его поведения. Поскольку как неспециалист, пациент не может судить о том, какой уровень теоретической и практической подготовки является условием компетентности, его интерес к таким подробностям должен иметь какие-то скрытые причины. Возможно, общая потребность в получении избыточной информации является одним из невротических симптомов пациента; возможно, пациенту свойственно противопоставлять себя людям, отказываясь принимать на веру их слова; возможно, у пациента есть какие-то сомнения по поводу продолжения психотерапии или ее целесообразности. Если за этим интересом пациента кроются подобные мотивы, то, каков бы ни был стаж психотерапевта и какому бы количеству пациентов он ни помог, пациента это не удовлетворит.

Ответов на вопросы о психотерапевте как о личности по возможности надо избегать, в отличие от вопросов о психотерапевте как о специалисте. Следует помнить, что психотерапия — это не дружба, хотя одним из условий хороших психотерапевтических отношений является принятие и искренность со стороны терапевта, проявление им личных качеств и создание атмосферы совместной работы. Проблемы, требующие разрешения, — это трудности пациента, и для эффективной работы по их преодолению имеет значение личная информация только о пациенте. Психотерапию должен проводить профессиональный психотерапевт, вклад которого в благополучие пациента заключается в проявлении интереса, понимания и готовности оказать помощь, а не в установлении панибратских отношений.

Поэтому вопросы, касающиеся личной жизни психотерапевта («Вы женаты? Сколько у вас детей? Вы любите спорт?»), должны интерпретироваться как нечто, требующее осмысления, а не ответа. На личные вопросы имеет смысл реагировать ответными вопросами «А как бы вам больше понравилось?» или «Какое отношение у вас вызвал бы отрицательный или положительный ответ?» Пациент, интересующийся семейным положением психотерапевта, может считать, что ему способен помочь только состоящий или не состоящий в браке специалист. Важно обсудить именно эти представления, а не внешний интерес к семейному положению терапевта. Начиная курс психотерапии, пациенты нуждаются в психологической помощи и обычно не испытывают особого интереса к личности психотерапевта, разве что легкое любопытство. Их беспокоит только то, смогут ли они довериться терапевту и сможет ли он их понять и помочь им, поэтому любые личные вопросы с их стороны почти всегда отражают это беспокойство.

Если на начальной фазе пациент заостряет внимание на личных вопросах или напрямую спрашивает терапевта, почему тот не рассказывает о своей личной жизни, целесообразно ответить ему, что психотерапевтическая работа должна сосре-

доточиваться на пациенте и его проблемах. Пациентов, действительно заинтересованных в терапии, обычно устраивает это объяснение, поскольку именно на эту направленность психотерапии они надеются. Те же, кого оно не удовлетворяет и кто настаивает на личной открытости терапевта, вероятнее всего, пытаются оправдать свое нежелание участвовать в работе или стремление к отношениям, на которые терапевт пойти не может. В таких случаях может потребоваться анализ мотивации пациента с целью уточнить его ожидания в отношении предстоящей психотерапевтической работы и того, насколько сильно его желание получить помощь.

В этой связи следует иметь в виду еще два момента. Во-первых, как и практически в любой области психотерапии, поведение специалиста в описанной ситуации не должно подчиняться жестким правилам. В определенные моменты и с определенными пациентами психотерапевт может решить, что есть все основания поделиться чем-то из личной жизни, и тогда ему следует поступить именно так. Ключ к грамотному проведению психотерапии — это гибкость, основанная на клинической рассудительности, а не безусловное соблюдение строгих норм. Эмпатичный психотерапевт, обладающий проницательностью в отношении динамики личности и психопатологии, легко поймет, когда ответ на личный вопрос или сообщение о себе по собственной инициативе пойдет пациенту на пользу.

Во-вторых, терапевту не следует думать, что «засекречивая» свои личные данные он тем самым сохраняет свою личностную анонимность. Уклонение от личных вопросов связано с необходимостью сосредоточить всё внимание на пациенте, а не на создании вокруг психотерапевта ореола тайны. Ограничение информации о личной жизни создает благоприятные условия для формирования у пациента реакции переноса. Однако в действительности пациенту практически всегда удается многое узнать о своем терапевте.

Пациент замечает стиль одежды и прическу психотерапевта, обстановку кабинета, обручальное кольцо, дипломы, развешанные по стенам, книги, стоящие на полках, и другие детали, по которым можно судить о личной жизни специалиста, его вкусах и интересах. Попытка перекрыть эти каналы информации, проводя психотерапию в пустом, безликом кабинете, помешает восприятию психотерапевта как аутентичной личности и принесет мало пользы. Кроме того, пациенты нередко проявляют удивительную находчивость, выясняя адрес терапевта, его должность и звание в университете или в медицинском учреждении, а также добывая другую информацию из тех или иных источников. Чем меньше район, в котором работает терапевт и чем меньше в этом районе круг лиц, практикующих психотерапию, тем больше пациент может узнать о специалисте. Но даже в большом городе осторожность в словах вряд ли обеспечат ему анонимность. Проблемы самораскрытия психотерапевта, а также максимального расширения возможностей для переноса более подробно рассмотрены в главе 10.

Решение пациента

Порекомендовав курс психотерапии, разъяснив ее суть и ответив на вопросы об уровне своей квалификации, психотерапевт должен услышать ответ пациента. Пациент либо принимает рекомендацию пройти курс психотерапии и выражает

готовность продолжать встречи, либо отвергает предлагаемую помощь, либо колеблется, не решаясь сделать выбор. Согласие завершает начальный этап заключения психотерапевтического контракта и перетекает в обсуждение целей, процедур и организационных моментов. Отказ либо сомнение требуют дополнительного внимания и обсуждения.

Пациента, категорически отвергающего возможность пройти курс психотерапии, следует попросить обосновать свое решение. Иногда предлагаемые объяснения открывают путь для дальнейшего диалога, например: «Я просто не представляю, как все это происходит и как мне может помочь обыкновенный разговор», и психотерапевт может вместе с пациентом рассмотреть то, что оказалось не совсем понятным. Некоторые пациенты отказываются от психотерапии, практически не оставляя возможности для дальнейшего обсуждения этой темы («Я не думаю, что мне это нужно», «Я признателен вам за готовность оказать мне помощь, но пока не хотел бы принимать участие в психотерапии»).

Услышав ясный и решительный отказ, психотерапевт должен с уважением отнестись к такому решению и принять его. Пациент, прежде всего, самостоятельный человек. Он свободен отклонить предложение психологической помощи точно так же, как финансовой или медицинской, даже если кто-то считает, что он в ней нуждается. Как и на этапе рекомендации психотерапии, терапевт не должен поддаваться искушению обманным путем заставить пациента пересмотреть свое решение отказаться от помощи. Описывая радужные перспективы, в случае согласия на психотерапию, и мрачные — в случае отказа от нее, психотерапевт прибегает к дешевым трюкам торгового агента, унижая тем самым обоих участников, и преувеличивает возможности психотерапии, которая, в конечном итоге, не является единственным способом разрешения проблем каждого человека.

Безусловно, когда речь идет о кризисных ситуациях — о риске суицида или о предпсихотическом состоянии — необходимо настаивать на том, чтобы пациент согласился принять помощь. Однако подобный риск должен выявляться и вести к соответствующим мерам на этапе диагностики, задолго до того, как работа с пациентом дошла до обсуждаемого момента. Ко времени обсуждения перспективы непрерывной психотерапии наличие каких-либо критических обстоятельств должно быть исключено. Поэтому недвусмысленный отказ пациента заслуживает доверия.

Тем не менее, столкнувшись с пациентом, который имеет все шансы извлечь из психотерапии пользу, но отказывается от нее, терапевт может кое-что предпринять. Во-первых, ему следует поинтересоваться, сможет ли он оказать помощь каким-то другим способом. Некоторые пациенты убеждены в том, что им больше подойдет супружеское консультирование, гипнотерапия или тренинг социальных навыков, а не психотерапия, как полагает психотерапевт; и они будут признательны, если он направит их к специалистам этого профиля. Даже если психотерапевт твердо убежден в том, что другие методы будут для пациента не столь полезны, он не должен, проявляя обиду, пренебрегать своим профессиональным долгом. Самое лучшее, что можно сделать для пациента, желающего пройти курс терапии, которой психотерапевт не владеет, это направить его к специалисту, известному своей компетентностью в этой области.

Во-вторых, терапевт должен помочь пациенту, отказавшемуся от психотерапии, взглянуть в будущее. Не драматизируя ситуацию, он должен заметить, что проблемы пациента могут так и остаться неразрешенными, что он может в дальнейшем пересмотреть свое отношение к психотерапии и что терапевт всегда готов оказать ему помощь. Таким образом психотерапевт ненавязчиво побуждает пациента к пересмотру своего решения и в то же время оставляет дверь открытой, чтобы пациент мог вернуться уже без всяких предубеждений. Нередко, если терапевт ведет себя подобным образом, пациенты, изначально не проявившие особой заинтересованности в психотерапии, после каких-то событий, убедивших их в необходимости профессиональной психологической помощи, вновь обращаются к психотерапевту.

Если пациент, получивший рекомендацию пройти курс психотерапии, испытывает затруднения в принятии решения, терапевт может попытаться проанализировать его двойственные чувства и склонить к продолжению терапии. Одних людей смущает или тревожит перспектива оказаться психотерапевтическим пациентом, другим неприятно признавать, что они нуждаются в помощи (хотя именно за ней они и пришли), а третьи не уверены, смогут ли оплатить услуги психотерапевта и найти время для его посещения. Обычно эти сомнения относительно предложения, привлекательного во всем остальном, можно разрешить приемлемым образом, если психотерапевту хватит чуткости, чтобы распознать их и обсудить с пациентом.

Завершая рассмотрение вопроса о согласии на психотерапию, важно еще раз отметить, что важнейшим условием благоприятного начала терапии является достижение согласия между психотерапевтом и пациентом относительно необходимости терапии и реального участия в ней. Это утверждение, как может показаться, противоречит сказанному в главе 2 о том, что пациенту, обратившемуся к психотерапевту по принуждению или не имеющему достаточно высокой внутренней мотивации, тоже можно оказать помощь. Действительно, начало работы с немотивированными или сомневающимися в необходимости психотерапии пациентами редко бывает удачным. Однако такие пациенты, в конечном счете, могут извлечь пользу из психотерапии, причем их перспективы зависят от того, удастся ли психотерапевту преодолеть недостаток мотивации и заинтересовать их процессом терапии. Сумев вовлечь пациента, специалист может надеяться на выполнение им условий психотерапевтического контракта, которое способствует достижению позитивных результатов на последующих этапах.

Утверждение целей и процедур

Одним из факторов, облегчающих психотерапевтический процесс, является включение в контракт положения о согласии пациента и психотерапевта с целями совместной работы и процедурами, направленными на достижение этих целей.

Как отмечает Бордин (Bordin, 1979) и как свидетельствуют результаты исследований, на которые была сделана ссылка в главе 3, прочность терапевтического альянса, от которого во многом зависит исход психотерапии, определяет степень

согласованности целей и задач терапевтического процесса. Психотерапевту, который провел первичную диагностику, сформулировал предварительные выводы, предложил свою помощь и получил согласие пациента пройти курс психотерапии, может показаться, что цели и процедуры, направленные на их достижение, очевидны и понятны обоим участникам. Тем не менее необходимо помнить о том, что ни одно положение психотерапевтического контракта не должно приниматься как нечто само собой разумеющееся. Проработка каждого условия контракта, даже если на данном этапе она представляется излишней, поможет избежать двусмысленности и недопонимания и заложит прочную основу для дальнейшей психотерапевтической работы.

Разъяснение целей специалист может начать со следующей фразы: «Теперь, приняв решение о совместной работе, давайте поговорим о том, какими, по вашему мнению, должны быть ее цели». Пациент может в ответ перечислить свои проблемы в том виде, в каком он сделал это в начале, на что психотерапевт может просто:

а) признать и еще раз воспроизвести этот краткий итог, чтобы подчеркнуть его значимость;

б) перейти к разговору о процедурах и организационных моментах.

С другой стороны, пациент может теперь указать на цели и приоритеты, несколько отличающиеся от рассмотренных ранее. Результатом участия в одной или нескольких диагностических беседах нередко бывает новый взгляд пациента на самого себя и на свои трудности. Проблемы, которым раньше придавалось первостепенное значение, после краткого обсуждения отходят на второй план, а их место начинают занимать ранее вытесненные или отрицавшиеся затруднения. Если после диагностической беседы и получения согласия на психотерапию терапевт не попросит пациента рассказать о собственном видении своей проблемы, то рискует взять за основу цели, переставшие быть актуальными для него.

Ясно сформулированное соглашение о целях не только облегчает процесс психотерапии, помогая избежать тупиковых ситуаций и наладить продуктивные рабочие отношения, но и позволяет определить оптимальный момент завершения работы. Задача психотерапевта на заключительном этапе терапии (о чем будет более подробно рассказано в главе 12) состоит в том, чтобы понять, когда и как завершить работу с пациентом, руководствуясь совместно составленным перечнем конкретных задач. Тем самым специалист избегает ситуации, когда его работа оказывается бесцельной. В ходе психотерапии цели могут изменяться, однако пока они ясны и являются общими, пациент и психотерапевт могут в любой момент определить, насколько они близки к их достижению.

Что касается договоренности о процедурах, к началу рассматриваемого этапа психотерапевт уже успел описать процесс психотерапии, когда рекомендовал пациенту обдумать возможность своего участия в ней. Теперь, когда разговор переходит от психотерапии вообще к непосредственному участию в ней пациента, у него могут возникнуть более конкретные вопросы. Обычно они касаются организационных моментов, о которых пойдет речь в следующем разделе.

Урегулирование организационных вопросов

Пациенту и психотерапевту, принявшим решение о совместной работе и определившим цели и процедуры, остается оговорить время, частоту, место и оплату психотерапевтических сеансов. Обсуждение организационных моментов может показаться формальностью, в некоторых учреждениях на этот счет даже существуют соответствующие директивы[4]. Тем не менее данный вопрос является немаловажным аспектом процесса психотерапии, и, обсуждая его с пациентами, терапевт должен руководствоваться определенными принципами.

Время

Время встреч должно быть удобным для обоих участников, а продолжительность сеанса обычно составляет 45–50 минут. Делая психотерапевтический сеанс чуть меньше 60 минут, психотерапевт выделяет время для перерыва между приемом пациентов, в течение которого он может что-то обдумать, сделать записи, ответить на телефонные звонки и решить другие личные вопросы. Главное, о чем следует сообщить при обсуждении данной темы, это то, что на протяжении всего курса психотерапии продолжительность сеансов будет оставаться неизменной. Изменение продолжительности сеансов в зависимости от характера рассматриваемого материала влечет несколько неудобств. Например, пациент, который борется с тягостными мыслями, не решаясь ими поделиться, может в течение 15–20 минут сидеть молча или рассуждать о погоде, а затем попытаться завершить сеанс, объяснив это тем, что «мне сегодня нечего рассказать». При отсутствии фиксированной продолжительности сеанса психотерапевту трудно помочь пациенту осознать, что в его поведении есть нечто необычное, что препятствует коммуникации и противоречит достигнутым договоренностям.

Фиксированная продолжительность сеанса, кроме того, помогает терапевту при работе с пациентами, склонными оценивать уровень заинтересованности и пользу психотерапии, исходя из того, сколько им было уделено времени. Зависимые и нарциссичные пациенты особенно часто откладывают обсуждение того, что считают важным или интересным, на последние минуты сеанса, надеясь заставить специалиста продлить их встречу. Если длительность сеансов не зафиксирована, психотерапевт попадет в затруднительную ситуацию. Позволив пациенту задержаться, он будет поощрять его зависимость и нарциссизм, не помогая ему их осознать; оборвав же пациента, он рискует показаться черствым и равнодушным.

Установив временные рамки, психотерапевт получает возможность завершать сеансы, не наводя пациента на мысль о неприязни к нему или о равнодушии к его словам. Если пациент воспринимает фразу: «На сегодня наше время истекло» как отвержение, психотерапевт должен напомнить ему, что завершение сеанса связано исключительно с оговоренной ранее продолжительностью их встреч, а не с его личными чувствами или желаниями. Кроме того, жесткие временные рамки позволяют терапевту не поддаваться влиянию чувств и желаний, которые у него действительно есть. Каждый специалист испытывает соблазн прервать скучный или трудный сеанс и продлить продуктивный, фиксирование же продолжительности не позволяет придать встрече дополнительный смысл.

Таким образом, установление временных рамок сеансов служит двум взаимозависимым целям. Во-первых, оно способствует налаживанию отношений, при которых фраза психотерапевта: «На сегодня наше время истекло» толкуется исключительно как указание на то, что время окончено, а не как «Вы мне не нравитесь», «Я больше не хочу тратить на вас время» или «Вы мне надоели». Во-вторых, оно позволяет рассматривать любые подобные впечатления пациента как заблуждения, которые необходимо проанализировать. С другой стороны, предпочтительность фиксирования продолжительности сеансов не означает отказ от гибкого поведения. Психотерапевт должен быть готов к необычным ситуациям, требующим увеличения или уменьшения продолжительности встреч, особенно в контексте поддерживающей психотерапии.

В действительности любая продолжительность терапевтического сеанса не является чем-то священным и неприкосновенным. Преимущества временных рамок и наличия интервала между приемами пациентов очевидны, однако нет никаких данных, свидетельствующих о том, что 45–50-минутное течение сеансов является оптимальным. Для пациентов, проходящих курс поддерживающей психотерапии и не выдерживающих «полный» сеанс, предпочтительнее 30-минутные встречи. Сравнительная эффективность различной продолжительности терапевтических сеансов не была предметом систематического изучения. Поэтому, хотя чаще всего рекомендуются и практикуются 45–50-минутные встречи, нет никаких оснований считать эту продолжительность единственно приемлемой.

Частота встреч

Психотерапевтические сеансы должны проводиться регулярно, через определенные интервалы времени. Это необходимо по тем же причинам, по которым необходимо фиксирование продолжительности сеанса. Систематическое движение к самопониманию затрудняется, если встречи назначаются или отменяются по желанию пациента. Пациент, неохотно идущий на контакт, в действительности может подавлять свои переживания, которые следует обсудить, а пациент, не испытывающий потребности в общении с психотерапевтом, поскольку в данный момент в его жизни все складывается благополучно, может находиться как раз в том состоянии, когда он способен продуктивно осмыслить события прошлого.

Психотерапевт также должен противодействовать своим скрытым потребностям, чтобы не включать в расписание дополнительные сеансы, если пациент делает успехи, и не уменьшать частоту встреч с пациентами, работа с которыми идет медленно и трудно. Иногда целесообразно уменьшить частоту сеансов, особенно при поддерживающей психотерапии, однако при этом следует руководствоваться интересами пациента, а не тем, насколько специалист доволен своей работой.

Начать обсуждение частоты сеансов удобнее всего, спросив пациента о том, на что он в этом плане рассчитывает. Одни люди обращаются к психотерапевту, не подозревая о том, что потребуется регулярное, по меньшей мере еженедельное, посещение, другие же могут считать, что психотерапия проводится ежедневно. Узнав о представлениях пациента, прежде чем предложить ему определенную частоту сеансов, психотерапевт получает возможность уменьшить разницу между этими ожиданиями и тем, что он сам собирался порекомендовать.

Какой-то универсальной и оптимальной частоты сеансов не существует. В целом, чем интенсивнее предстоящая психотерапия, что определяется сложностью задач, стоящих перед участниками и глубиной предполагаемого анализа, тем чаще должны проводиться сеансы. Тем не менее между интенсивностью психотерапии и частотой сеансов нет прямой зависимости. Одни пациенты работают быстро и легко преодолевают внутренние барьеры; другие весьма осторожны и с трудом меняют свою точку зрения. Относительно открытый и спонтанный пациент при одном сеансе в неделю может добиться результата, равного результату, достигнутому сдержанным и мнительным пациентом при посещении психотерапевта два раза в неделю.

Более того, не существует прямой связи и между частотой сеансов и тем, как скоро завершится психотерапия. Некоторые пациенты надеются, что, посещая сеансы дважды в неделю, они завершат психотерапию раньше, чем если бы они посещали психотерапевта один раз в неделю. В действительности все, скорее, наоборот. Пациенты, посещающие психотерапевта довольно часто, как правило, выносят на обсуждение больше проблем, более обеспокоены ими, и на разрешение этих проблем у них уходит больше времени. Поэтому, рекомендуя определенную частоту сеансов, психотерапевт должен предупредить, что она не всегда влияет на продолжительность всего курса.

Принимая конкретные решения о частоте сеансов, специалист должен опираться на свои диагностические выводы о том, как лучше всего можно помочь пациенту разрешить его проблемы и достичь согласованных с ним целей. Ни одно исследование в целом не доказывает превосходства в эффективности одной частоты над другой (Whiston & Sexton, 1993). Однако за этими общими выводами, по-видимому, скрывается тот факт, что частота сеансов для разных пациентов эффективна в разной степени, в зависимости от нужд пациента и целей психотерапии. Клиническая практика свидетельствует о том, что для достижения позитивных результатов при раскрывающей психотерапии и значительных личностных изменений необходимы, по крайней мере, еженедельные встречи. Чем большего намереваются добиться участники, тем выше вероятность того, что потребуются более частые встречи. Кроме того, чем более осторожен, ригиден и замкнут пациент, тем скорее для достижения поставленных целей потребуются встречи более частые, чем раз в неделю. И наоборот, чем ближе запланированная стратегия психотерапии к поддерживающей, а не экспрессивной, тем выше вероятность того, что поставленных целей можно будет достичь при частоте меньше одного раза в неделю.

Место проведения сеансов

При обсуждении организационных моментов психотерапевт должен точно указать место проведения сеансов, а также место, где пациент сможет его найти в случае необходимости. Этот совет может показаться излишним, особенно специалистам, имеющим постоянное место работы и собственный кабинет, на дверях которого прикреплена табличка с их именем. Но он не кажется тривиальным тем, кто проходит практику психотерапии и не имеет собственного кабинета, а также тем, кто занимается психотерапией в больнице, клинике или другом учреждении, где для проведения бесед используются разные помещения без специального назна-

чения, в учреждениях столь больших и многопрофильных, что в них нетрудно заблудиться даже находчивым и предприимчивым пациентам. Пациент будет признателен за указания психотерапевта, которые, кроме того, позволят избежать опозданий на первые сеансы.

Даже если у специалиста нет личного кабинета, он должен попытаться сделать так, чтобы проводить с пациентом сеансы в одном и том же месте. Людям легче раскрыться, если они чувствуют себя «как дома», а обстановка кабинета постепенно становится знакомой, что создает у пациента чувство комфорта. Даже в помещениях со скромной обстановкой есть особенности, к которым пациент привыкает и которые дают ему ощущение того, что он находится в знакомом месте, например, определенная расстановка мебели, картины на стенах, вид из окна. Постоянные перемещения из одного кабинета в другой имеют еще один, более тонкий недостаток, понижая статус психотерапевта в глазах пациента. Пациент активнее принимает участие в психотерапии, если чувствует, что его психотерапевт, какого бы он ни был возраста и каков бы ни был его стаж, — специалист высокого класса, уважаемый коллегами. Поэтому интерес пациента к психотерапии может остыть, если терапевт, по его мнению, столь незначительная фигура, что не может закрепить за собой на определенные часы один из кабинетов. Даже не имея личного кабинета, психотерапевт сможет предотвратить эти негативные последствия, если сумеет создать условия, позволяющие ему сказать: «Мы будем встречаться каждую среду в час дня, и для наших встреч мы сможем воспользоваться этим помещением».

Оплата

Относительно того, является ли оплата психотерапевтических услуг необходимым условием достижения позитивных результатов, единого мнения нет. Одни психотерапевты, ссылаясь на свой клинический опыт, утверждают, что финансовые затраты пациента важны для благоприятного исхода; другие не усматривают зависимости между оплатой и успешностью психотерапии. Исследовательские данные свидетельствуют о том, что оплата, как правило, не связана с результатом терапии, однако в некоторых случаях выделение пациентом средств на оплату психотерапевтических услуг оказывает позитивное влияние на его отношение к работе с психотерапевтом (Garfield, 1994; Orlinsky et al., 1994; Whiston & Sexton, 1993).

Как бы то ни было, большинство пациентов вынуждены, по крайней мере, частично, оплачивать услуги психотерапевта из своего кармана. Поэтому организационные моменты, связанные с оплатой, также следует рассмотреть при заключении психотерапевтического контракта. Многим людям трудно обсуждать денежные вопросы, поэтому иногда специалист поддается соблазну обойти прямой разговор на эту тему. Мотивировать уход от обсуждения оплаты довольно просто («Я хочу, чтобы пациент чувствовал, что он интересен мне как человек, вне зависимости от того, сколько у него денег или сколько он платит за визиты ко мне»), к тому же часто рядом оказывается человек, которому можно переадресовать денежные вопросы, например бухгалтер или секретарь.

Сам ли психотерапевт устанавливает сумму гонорара, или это делает кто-то другой, он должен обязательно убедиться в том, что пациент знает о стоимости предоставляемых услуг, считает ее разумной и приемлемой и имеет возможность задать вопросы на эту тему. Хотя установление размеров оплаты не должно напоминать торговую сделку, терапевту следует быть готовым к обсуждению с пациентом разных вариантов оплаты с учетом практических соображений, точно так же как он должен быть готов перенести сеансы со вторника на среду для пациента, которому неудобно приходить на встречи по вторникам. Открытое обсуждение вопроса оплаты дает пациенту возможность получить информацию, на которую он имеет право; кроме того, оно помогает ему понять, что на психотерапевтическом сеансе можно обсуждать любые жизненные вопросы. Денежные дела играют определенную роль в жизни каждого, и психотерапевт, обходящий такую очевидную тему, как оплата собственных услуг, может своим поведением неумышленно навести пациента на мысль о том, что на психотерапевтических сеансах финансовые проблемы и, возможно, какие-то другие темы затрагивать нельзя[5].

Наконец, специалисту следует помнить о том, чтó пациент надеется получить за свои деньги. Психотерапевтический пациент покупает услуги психотерапевта. Пациент не делает покупку с гарантией возврата товара в случае, если он его не удовлетворяет. Он также не имеет права на бесплатную пробу. Пациент должен с самого начала регулярно оплачивать услуги психотерапевта, учитывая, что он выполняет взятые на себя обязательства. Оправдаются ли расходы пациента, зависит от квалификации психотерапевта, который пытается оказать ему помощь.

Примечания

1 Меннингер и Хольцман (Menninger & Holzman, 1973, p. 15–38) подробно рассматривают суть психотерапевтических отношений как двусторонней договоренности. Хэр-Мастин, Марасек, Каплан и Лисс-Левинсон (Hare-Mustin, Maracek, Kaplan, & Liss-Levinson, 1979) обсуждают этическую обязанность психотерапевта сделать права пациента неотъемлемой частью психотерапии. Фрейд, в своей классической работе «К вопросу о начале лечения» (S. Freud, 1913/1958), обращает внимание на многие из проблем, затронутых в этой главе. Элман (Ellman, 1991) тщательно анализирует труды Фрейда, посвященные методам психотерапии, а у ряда других авторов можно найти описание современного подхода к проведению психотерапии (Blanck & Blanck, 1994, chapters 15–16; Jacob & Rothstein, 1990).

2 Хотя диагноз «невротический страх успеха» — широкое понятие, он носит скорее динамический, чем описательный характер, и поэтому не подходит для включения в *DSM-IV*. Читателю, незнакомому с этим классическим понятием, можно порекомендовать обратиться к одной из работ Фрейда (S. Freud, 1916/1957c), в которой он рассуждает о людях, «поверженных успехом», а также к работам других авторов (Canavan-Gumpert, Garner, & Gumpert, 1978; Schuster, 1955; I. Weiner, 1992a, p. 279–282).

3 Подкрепленное примерами разъяснение сути психотерапии и предшествующее ему краткое описание проблемы пациента составляют рациональную

основу психотерапии. Предлагаемое пациенту рациональное обоснование его симптомов или проблем, а также процедур, направленных на избавление от них, является одним из общих факторов, способствующих достижению позитивных результатов при разных формах терапии (Greencavage & Norcross, 1990). Гарфилд (Garfield, 1994) особенно подчеркивает, что у пациента, который начинает психотерапию, имея ясные представления о своей роли в ней и ожидания, сходные с ожиданиями психотерапевта, больше шансов на продолжение и успешное завершение психотерапии.

4 Наличие внешнего административного и финансового контроля над проведением психотерапии — не редкость для современной клинической практики. Сегодня административные инструкции и условия страховых договоров в значительной мере влияют на то, кто попадает к психотерапевту, какой вид психотерапии будет проводиться, сколько сеансов составит курс психотерапии, какова будет продолжительность одного сеанса и стоимость психотерапевтических услуг. Данные исследований и клиническая практика свидетельствуют о том, что эти инструкции и условия не всегда согласуются с принципами эффективной психотерапии. Роль внешних контролирующих органов в деятельности психотерапевтов рассматривают следующие авторы: Austad & Berman, 1991; Barron & Sands, 1996; Herron, Javier, Primavera, & Schultz, 1994; L. Johnson, 1995; Lowman & Resnick, 1994; Miller, 1996a; Tuckfelt, Fink, & Warren, 1997.

5 Более подробно об установлении уровня оплаты психотерапевтических услуг и о разрешении финансовых вопросов в психотерапии рассуждают следующие авторы: Herron & Welt, 1992; Krueger, 1986; Pasternack, 1988.

Глава 7

Проведение беседы

По мере того как пациент начинает все более свободно выражать свои мысли и чувства, а психотерапевт все больше узнает о пациенте и о его проблемах, начальная, подготовительная фаза психотерапии постепенно сменяется средней, интерпретационной. Для облегчения этого перехода, после заключения психотерапевтического контракта специалист должен так проводить беседу, чтобы подготовить пациента к методам и процедурам психотерапии, помочь ему продуктивно выражать свои мысли и чувства, а также получить дополнительную информацию о его жизненном опыте и личностных особенностях.

Подготовка пациента

Независимо от уровня информированности пациента о психотерапии и от того, в какой мере он одобряет требования роли пациента при обсуждении психотерапевтического контракта, он вряд ли готов к участию в психотерапии. Для перехода от понимания к исполнению своей роли большинству пациентов необходимо дополнительное разъяснение, помогающее адаптироваться к психотерапевтической ситуации. Начать лучше всего с краткого изложения функций пациента и психотерапевта:

> Теперь, когда мы договорились о совместной работе, если позволите, я расскажу о том, каковы наши роли. Ваша задача — как можно более откровенно рассказывать о себе и обо всем, что вас беспокоит, а моя функция — прежде всего, слушать вас, помогать вам высказываться и лучше понимать себя.

Такого рода краткого объяснения обычно достаточно, чтобы пациент понял свою задачу и то, что намерен предпринять психотерапевт. Этот инструктаж в дальнейшем позволит специалисту помочь пациенту осознать иногда возникающие неверные представлениях о его роли, например: «Я говорил слишком долго, теперь ваша очередь». Кроме того, у пациентов, уяснивших суть психотерапии,

могут оставаться вопросы о том, с чего следует начинать, о чем необходимо рассказывать особенно подробно, как им отличить, что важно, а что нет и т. п. На большинство подобных вопросов достаточно дать короткий ответ, уточняющий задачу пациента:

> Главное, вы должны говорить о том, о чем думаете. Заранее трудно предугадать, что окажется важным для более глубокого понимания вашей личности; и чтобы знать наверняка, мы должны иметь возможность это обсудить. Поэтому не пытайтесь подвергать цензуре свои мысли и чувства, а просто выражайте их.

Очень часто необходимость дополнительного разъяснения пациенту возникает сразу после заключения психотерапевтического контракта. Так, пациент может начать первый сеанс с молчания или с просьбы, чтобы психотерапевт взял на себя инициативу, например: «Я не знаю, с чего начать»; «О чем я должен сегодня говорить?»; «Мне было бы легче, если бы вы задавали вопросы». Реагируя на такое поведение, психотерапевту следует, насколько возможно, дать понять пациенту, что тот должен взять на себя ответственность за начало сеанса:

> Мы уже кое-что выяснили о вас, проанализировав то, что вы сумели о себе рассказать. Лучше всего, если мы и дальше будем начинать наши беседы с того, что вас беспокоит, а затем попытаемся это анализировать.

В этой реакции на молчание игнорируется возможность сопротивления. На начальной фазе психотерапевту не следует поднимать вопрос о сопротивлении, за исключением тех случаев, в которых ставится под угрозу продолжение психотерапии. На данный феномен не стоит обращать слишком пристальное внимание, пока проблема не возникнет на средней фазе терапии, после периода комфортного для пациента участия в психотерапевтическом процессе (см. главу 9). Начальная фаза терапии — это время обучения пациента исполнению своей роли, а не интерпретации его поведения. На первых этапах при работе с пациентами, которым трудно начать разговор, предпочтительным обычно является обучающий подход, проиллюстрированный приведенным выше примером.

Начав беседу и затронув несколько тем, пациент может смутиться и попросить у психотерапевта указаний: «Нужно ли мне подробно рассказывать об этом?»; «Я могу еще о многом рассказать, но не вполне понимаю, что бы вы хотели выяснить и на какие темы я обязан говорить». Как и молчание, такие вопросы нередко отражают определенное сопротивление процессу коммуникации, в том числе и намерение сменить тему, поскольку при ее обсуждении может обнаружиться нечто болезненное. Обращение к специалисту за указаниями также имеет тесную связь с динамикой личности пациента и его отношением к психотерапевту. Например, почему он испытывает потребность получить разрешение на продолжение разговора, почему его больше интересует то, что хотел бы обнаружить психотерапевт, а не то, что он сам бы хотел узнать о себе, и почему он считает себя «обязанным»?

Но опять-таки, задача психотерапевта на начальной фазе психотерапии заключается не в том, чтобы демонстрировать свое блестящее умение улавливать в поведении пациента тончайшие проявления его скрытых мыслей и чувств, а в том, чтобы подкрепить интерес пациента к психотерапии и подготовить его к последу-

ющей основной работе[1]. Поэтому на данном этапе важнее проинструктировать неуверенного пациента, а не пытаться отыскать корни этой неуверенности.

Один из самых эффективных обучающих способов работы с неуверенными пациентами состоит в повторении по мере необходимости основных элементов метода «свободных ассоциаций»: пациенту предлагается как можно более свободно говорить обо всем, что приходит в голову, попытаться не контролировать и не утаивать свои мысли и чувства, отвлечься от предвзятых суждений о том, что следует, а что не следует говорить, так как заранее трудно узнать, что окажется важным, а что — нет[2].

Если пациент во время первых бесед довольно откровенен, терапевт может подготовить его к психотерапевтическому процессу, просто исполняя роль психотерапевта в том виде, в котором он представил ее пациенту, и действуя в соответствии с рекомендациями, изложенными в главе 3: внимательно выслушать пациента, создавая атмосферу принятия, в которой ничто из сказанного пациентом не вызывает насмешек или обвинений, а также демонстрируя свою способность и желание помочь пациенту понять значение своего опыта[3]. Однако, как мы только что выяснили, психотерапевту пока не стоит проявлять эмпатию в форме проницательных интерпретаций. Он должен подготовить пациента к интерпретационному этапу психотерапевтического процесса, время от времени делая уточнения и замечания, не затрагивающие глубинных слоев психики.

Эти уточнения и замечания состоят, по большей части, в повторении части информации или в адресованной пациенту просьбе повторить то, что представляется важным. «Насколько я понял, вам тяжело, когда вас критикуют, особенно если это кто-то, кем вы восхищаетесь». «Не могли бы вы повторить, мне кажется, я не совсем понимаю, что именно разозлило вас в поведении мужа». Посредством такого ненавязчивого вмешательства, психотерапевт знакомит пациента с тем, как проходит психотерапия, и в то же время проявляет интерес, внимание и понимание.

Дополнительный аспект подготовки к психотерапии связан с вопросами пациента о значении его мыслей и чувств. Обучаясь свободному общению с психотерапевтом, поиску новых идей и нового в своих воспоминаниях, пациент, скорее всего, будет просить терапевта высказать свое мнение: «Почему я подумал об этом?»; «Почему я испытываю гнев, говоря о сестре?»; «Как я стал таким бескомпромиссным, каков я сейчас?» В некоторых случаях, если ответ на подобный вопрос поможет пациенту адаптироваться к психотерапевтическому процессу, специалист может ответить прямо. Однако предпочтительнее не делать этого, а задать вопрос для того, чтобы помочь пациенту самому прийти к решению.

Существуют два типа реагирования на вопросы о значении мыслей и чувств, особенно эффективных для содействия дальнейшему самоанализу пациента. Можно либо попросить пациента рассказать о его собственных ассоциациях («Интересно, что вы думаете по этому поводу»), либо обратить внимание на сам вопрос («Наверное, полезно было бы узнать, почему этот вопрос возник у вас именно сейчас»). Такая реакция не только побуждает пациента к дальнейшему исследованию собственных мыслей и чувств, но и помогает ему привыкнуть к тому, что на психотерапевтических сеансах вопросы рассматриваются как нечто, требующее понимания, но не обязательно ответа.

Содействие продуктивному самовыражению пациента

Если в процессе общей подготовки к психотерапии пациент обучается свободно выражать свои мысли и чувства, то для обучения его продуктивному самовыражению используются специальные приемы. Продуктивное самовыражение подразумевает, что пациент готов уточнять сказанное, достаточно спонтанно сообщать о возникающих у него мыслях и чувствах, а также способен продолжать разговор даже тогда, когда это становится трудно или неприятно. К приемам, используя которые можно помочь пациенту достичь подобной продуктивности, относят различные способы формулирования утверждений, реагирование на молчание, преодоление состояния дискомфорта и создание удобной окружающей обстановки для проведения беседы.

Формулирование утверждений

Психотерапевт может содействовать спонтанному выражению пациентом своих мыслей и чувств, обращая внимание на формулирование фраз. Особенно эффективным в этом плане является избегание вопросов. Хотя иногда лучшим средством получения необходимой информации является прямой вопрос, беседа, основанная на вопросах, имеет несколько недостатков. Во-первых, расспросы наводят пациента на мысль о том, что его задача — просто отвечать психотерапевту. Во-вторых, задавая вопрос, психотерапевт берет на себя ответственность за выбор темы для обсуждения и степень подробности этого обсуждения. В-третьих, частые вопросы создают впечатление, что ответы на них дают ключ к разрешению проблем.

По причине всего вышесказанного беседа в форме «вопрос-ответ» лишает пациента возможности развить свою мысль или затронуть какую-либо тему по собственной инициативе, а также практически снимает с него ответственность за собственную работу по самопониманию. С опытом к психотерапевту приходит умение избегать вопросов или директивной позиции даже в тех случаях, когда он пытается получить какую-то информацию или побудить пациента завести разговор на определенную тему.

Например, «Как вы к этому отнеслись?» можно переформулировать в «Интересно, какие у вас могли возникнуть чувства по этому поводу», «Расскажите о своей матери» — в «Вы упоминаете о своей матери, но пока практически ничего о ней не рассказали», «Сколько лет вашему отцу?» — в «Вы рассказываете об отце, но пока не сказали, сколько ему лет» и т. д. Несмотря на кажущуюся незначительность этих модификаций, они незаметно меняют представления пациента о роли психотерапевта. Из спрашивающего психотерапевт становится тем, кто слушает и вносит ясность. Он не ведет разговор прямо, а незаметно направляет его. Вопрос («Сколько лет вашему отцу?») требует ответа, тогда как утверждение («Вы не сказали, сколько лет вашему отцу»), какова бы ни была его побудительная сила, ответа не требует. Используя терминологию Салливана (Sullivan, 1954, p. 19–25), можно сказать, что лучше всего продуктивному самовыражению пациента психотерапевт содействует в роли «включенного наблюдателя», способного переводить вопросы и указания в замечания и уточнения.

Продуктивности пациента способствует не только избегание вопросов и директив, но и лаконичность психотерапевта. Максимальная краткость формулировок помогает пациенту продуктивно работать. Длинные комментарии, пространные рассуждения о своих впечатлениях больше мешают, чем способствуют прогрессу; они ведут к смене ролей, превращая психотерапевта в оратора, а пациента — в слушателя, прерывают поток мыслей пациента и пресекают его попытки понять самого себя.

Психотерапия — не повод для ораторствования. Специалист, заметивший собственную многоречивость, должен задать себе два вопроса. Во-первых, не удовлетворяет ли он собственные потребности (например, в доминировании, в демонстрировании своей проницательности или желании вызывать восхищение) в ущерб интересам пациента? Если да, этот стиль необходимо изменить. Во-вторых, достаточно ли он понимает происходящее, для того чтобы выразить свои мысли в сжатой форме? Если нет, попытки сформулировать свои впечатления следует отложить до того момента, когда он узнает достаточно, чтобы лучше справиться с этой задачей[4].

Реакция на молчание

Чтобы помочь продуктивному самовыражению пацента, психотерапевт должен быть готов к паузам, неизбежно возникающим во время психотерапевтической беседы. Молчание пациента, каковы бы ни были его причины, — препятствие для коммуникации, преодоление которого является важнейшим условием продолжения пихотерапевтической работы. Это особенно относится к тем случаям, когда пациент не занят активным обдумыванием или попыткой подобрать слова, а просто безучастно смотрит по сторонам или смущенно ерзает на стуле, не находя идей. Столкнувшись с подобными паузами, психотерапевт может избрать один из четырех способов поведения.

Во-первых, он может молчать сам, ожидая, когда пациент возобновит разговор. Длительная пауза у большинства пациентов вызывает нарастающее чувство дискомфорта, что заставляет их прервать молчание. В этом смысле ситуацию общения можно сравнить с вакуумом, который необходимо заполнить, и рано или поздно, если психотерапевт не нарушит молчание, это делает пациент. Однако продолжительное молчание терапевта следует рассматривать как потенциально непродуктивную тактику. Хотя молчание согласуется с ролью психотерапевта как слушателя, оно может вызвать у пациента чрезмерную тревогу, препятствующую ясному выражению мыслей или даже делающую терапевтическую ситуацию невыносимой для пациента. Затягивание пауз может также навести пациента на мысль о том, что психотерапевт не уделяет должного внимания его словам или в действительности не стремится оказать помощь.

Поэтому специалист должен быть осторожен, отвечая молчанием на молчание, особенно на ранних этапах психотерапии. Нерегулярные и непродолжительные паузы помогают пациенту адаптироваться к терапевтическому процессу, быть спонтанным и ощутить свою ответственность за участие в беседе. Длительные, мучительные паузы, возникающие, когда пациент еще не привык к своей роли говорящего и не готов справиться с интерпретацией своего молчания, приносят

больше вреда, чем пользы. Холодно молчащий во время первых сеансов психотерапевт, уверенный в том, что он тем самым мотивирует пациента взять на себя свою часть ответственности за психотерапию, в действительности не выполняет своих обязанностей, которые включают помощь пациенту в самовыражении.

Во-вторых, психотерапевт может взять на себя ответственность за поддержание прервавшейся беседы. Если предыдущий способ поведения в ситуации молчания, из всех четырех способов, рассматриваемых в этой главе, является самым радикальным, наиболее провоцирующим тревогу, то второй способ, — самый консервативный, снижающий тревогу. Поддерживая разговор, психотерапевт либо говорит о том, о чем речь шла до этого момента, либо предлагает пациенту новую тему: «Вы рассказывали о том, что произошло после развода ваших родителей, возможно, вы могли бы что-то добавить»; «Сегодня вы пока не упоминали о том, как у вас идут дела на работе».

Хотя у этого способа реагирования на молчание пациента отсутствуют недостатки ответного молчания психотерапевта, он также имеет свои слабые места. Если после нескольких минут молчания пациента для поддержания разговора терапевт предлагает свой комментарий или новую тему, он тем самым косвенно противоречит тому, что пытался довести до сознания пациента о своей роли в психотерапевтическом процессе. То есть специалист дает понять, что готов подсказать пациенту, о чем тот должен говорить, следует ли заострять внимание на какой-то теме и когда необходимо перейти к обсуждению другого вопроса.

В связи со всем вышесказанным, к такому директивному методу прерывания молчания психотерапевту не следует прибегать слишком часто. Его использование оправданно лишь в двух ситуациях. Во-первых, когда выяснить какой-то вопрос настолько важно, что задача получения информации становится приоритетной по отношению к задаче обучения пациента выполнению своих функций или к задаче анализа затруднений, испытываемых пациентом при разговоре. В этом случае терапевту следует побуждать молчащего пациента к развитию обсуждавшейся темы. Вторая ситуация — это молчание, вызванное настолько глубокими переживаниями пациента, что снизить тревогу становится важнее, чем попытаться понять ее истоки. В этом случае психотерапевту следует сменить тему, перевести разговор на что-то более приемлемое и на время отложить обсуждение болезненной темы.

Третий способ заключается в том, что специалист просит пациента рассказать о его ассоциациях. Такая реакция («О чем вы сейчас думаете?»; «Интересно, что вы сейчас испытываете») помогает нарушить молчание пациента и не имеет недостатков, характерных для ответного молчания или директивной позиции. Просьбы или совета рассказать об ассоциациях достаточно, чтобы довести до сознания пациента мысль о том, что терапевт внимателен и пытается оказать помощь, в то же время они нейтральны, так как оставляют за пациентом право решать, о чем и сколько говорить.

Поскольку использование метода свободных ассоциаций может помочь молчащему пациенту продуктивно самовыражаться, не дискредитируя при этом роль психотерапевта как недирективного слушателя, оно обычно предпочтительнее ответного молчания или стремления поддержать беседу. В то же время эти спосо-

бы поведения в ситуации молчания объединяет то, что специалист пытается нарушить молчание и заставить пациента возобновить разговор, а не вскрыть причины и значение молчания. Предотвращение пауз, особенно при помощи метода свободных ассоциаций, является одной из важнейших задач психотерапевта на начальном этапе. Однако в процессе адаптации пациента к процессу психотерапии анализ молчания начинает играть более важную роль, чем его преодоление, поэтому терапевту следует постепенно заменять метод свободных ассоциаций четвертым способом.

Четвертый и последний способ поведения психотерапевта — интерпретация молчания пациента. Если пациент, имевший возможность адаптироваться к психотерапии, надолго замолкает без каких-либо проявлений тревоги, требующих поддержки со стороны специалиста, часто наиболее продуктивной реакцией является попытка понять это поведение. При этом можно использовать целый ряд подходов, в зависимости от того, насколько хорошо терапевт понимает причины этого молчания и насколько сильным, по его мнению, должно быть давление на пациента.

Например, если психотерапевту трудно догадаться о причинах молчания пациента, он может просто заметить: «За последние три минуты вы не произнесли ни слова». Этот комментарий не требует какой-то особой реакции со стороны пациента, однако он подразумевает, что на молчание стоит обратить внимание, и побуждает пациента поделиться своими мыслями о его значении. Другая фраза, с помощью которой на пациента оказывается несколько более сильное давление, — «Интересно, почему вы замолчали».

Если же терапевт усматривает связь между молчанием и тем, о чем до этого шел разговор, он может заметить: «Вы уже некоторое время молчите, а перед тем как замолчать, вы описывали свои чувства к матери». Хотя такая реакция директивнее, чем простая констатация молчания, без какого-либо намека на его смысл, она все же оставляет за пациентом право самому решить, действительно ли молчание говорит о его чувствах к матери.

Если психотерапевт уверен в том, что причиной молчания являются тягостные мысли и чувства, вызванные обсуждением какой-то темы, он может предложить прямую интерпретацию, например: «Что-то в разговоре о матери огорчило вас». Реагируя таким образом на молчание, психотерапевт открыто побуждает пациента углубиться в вызывающий тревогу вопрос, а молчание используется как доказательный материал, привлекаемый при интерпретации, а не как предмет анализа.

Дискомфорт пациента

Продуктивная психотерапевтическая работа неизбежно связана для пациента с моментами психологического дискомфорта. Фактически, если пациент, участвующий в глубинной психотерапии, от сеанса к сеансу пребывает в неизменно хорошем расположении духа, совершенно не проявляет гнева, тревоги или подавленности, психотерапевту следует задуматься, конструктивно ли идет работа. Неизменно благорасположенные пациенты либо не получают помощи в исследовании того, что им о себе неизвестно, либо борются против эмоциональной вовлеченности в психотерапевтический процесс. В таких случаях терапевт должен помочь

пациенту осознать то, что ранее не осознавалось, и ослабить свою защиту, иначе психотерапия не затронет глубинных аспектов психики пациента и не принесет пользы.

Если же пациент эмоционально вовлечен в процесс расширения границ самосознания, то время от времени испытывает негативные чувства, которые подчас приводят его в растерянность. Надеясь на улучшение своего состояния с помощью психотерапии, пациент должен свыкнуться с тем, что познание самого себя иногда приводит к ухудшению состояния. Пока он это не осознал, существует определенный риск, что негативные переживания заставят пациента замолчать или даже отказаться от продолжения психотерапии как от бесполезного занятия. Именно эти моменты психотерапевт должен уметь распознать, чтобы помочь пациенту преодолеть дискомфорт.

На ранних стадиях психотерапии оптимальный способ устранения дискомфорта — объяснение его причин. Например, терапевт может заметить, что когда люди начинают обращать внимание на те аспекты своего «Я», которые ранее не осознавались, некоторое беспокойство вполне естественно. Он может также указать на то, что приятнее всего говорить о радостных событиях в жизни, а люди, которые делятся своими тревогами, нередко испытывают дискомфорт.

Такие комментарии направлены лишь на преодоление дискомфорта, и на последующих стадиях психотерапии их следует постепенно заменять интерпретациями. В начале же, когда основная задача психотерапевта заключается в содействии открытому выражению пациентом своих мыслей и чувств, а не в интерпретации его слов, приоритетной является подготовка к психотерапии. Пока пациент не воспримет психологический дискомфорт как неизбежный побочный результат стремления к более глубокому самопознанию, переход психотерапевта от обучения к интерпретированию не принесет особой пользы.

Разъяснение пациенту причин его дискомфорта на ранних стадиях психотерапии не противоречит рекомендации избегать предупреждений о возможных затруднениях в беседе (глава 6). Предвосхищение трудностей — не то же самое, что реагирование на них. Сообщение пациенту, испытывающему дискомфорт, о том, что его беспокойство, по-видимому, обусловлено обсуждением какой-то темы, не избавит его от неприятных чувств и не лишит их уникальной личной значимости.

Создание комфортной обстановки

Как отмечалось в главе 6, проведение сеансов в одном и том же помещении позволяет пациенту привыкнуть к обстановке и облегчает ведение терапии. Существуют и другие способы создания комфортных условий, способствующих продуктивной беседе. Они связаны со стилем мебели в кабинете и ее расстановкой.

Беседа, к примеру, должна проводиться в условиях отсутствия каких-либо значительных физических барьеров между пациентом и психотерапевтом. Специалист, отгородившийся от пациента письменным столом, воспринимается как менее благожелательный, менее открытый и искренний, чем психотерапевт, которого можно увидеть, до которого можно дотянуться или даже дотронуться. Вне зависимости от того, испытывает пациент потребность дотрагиваться до психотерапевта или нет, беседовать с человеком, до которого можно дотронуться, прият-

нее, чем с тем, кто сидит далеко или так отгородился мебелью, что практически недосягаем. Психотерапевту, использующему письменный стол, можно порекомендовать посадить пациента с боковой стороны стола, а не напротив, а еще лучше — переместиться вместе с ним на кресла, между которыми не будет стоять никакой мебели.

Что касается стиля мебели, и пациенту, и психотерапевту, естественно, должно быть удобно. Психотерапевт будет прав, если сочтет, что из-за долгих часов сидения ему может потребоваться особенно удобное кресло. Однако следует отказаться от использования мебели, которое может вести к невыгодному положению участников коммуникации. Задумайтесь о том, что произойдет, если психотерапевт будет сидеть в удобном кресле, а пациент — на жестком стуле; или если пациент «утонет» в чрезмерно мягком кресле, а терапевт, сидя на стандартном кресле, будет над ним возвышаться. Хотя такие условия, вероятно, неодинаково подействуют на разных пациентов, они, скорее всего, вызовут чувства, препятствующие продуктивной беседе. Пациент может ощутить себя в подчиненной позиции, обвиняемым, человеком второго сорта и т. п. Примерная схожесть кресел поможет терапевту продемонстрировать свое уважение к пациенту и устранит негативное влияние, которое может оказать на психотерапевтические отношения неудачный выбор мебели.

Получение дополнительной информации о пациенте

Пациент, который адаптировался к психотерапии и обрел способность продуктивно общаться на терапевтических сеансах, готов к переходу с начальной, подготовительной фазы на среднюю, интерпретационную. Специалисту остается лишь дополнить представления о структуре и динамике личности пациента, поскольку эффективный анализ невозможен без уточнения рабочего диагноза.

Таким образом, на заключительном этапе начальной стадии работы терапевт должен направить свои усилия на сбор информации о пациенте. Постепенно убеждаясь в полноте и точности своих представлений об образе жизни пациента, о его прошлом опыте и сегодняшних затруднениях, психотерапевт может плавно переходить от сбора информации к ее интерпретации. В процессе этого перехода начальная фаза терапии сменяется средней. Как уже отмечалось, невозможно указать какое-то определенное время или количество сеансов, необходимое и достаточное для завершения этого перехода. Среди факторов, определяющих продолжительность начальной фазы — степень откровенности пациента и проницательности специалиста. Однако, как правило, психотерапевт может уточнить свой диагноз и сократить начальную фазу, зондируя личностный смысл слов пациента, привлекая внимание к тому, что не было рассмотрено, и помогая пациенту найти равновесие между мыслями и чувствами.

Анализ профиля личности пациента

О человеке можно многое узнать, если просто выяснить, как он характеризует свой опыт, то есть какой смысл он вкладывает в разные понятия. Некая женщина, например, говорит: «Сегодня я испытываю радость». Что для этого человека озна-

чает быть радостным? Как она переживает чувство радости? Что заставляет ее чувствовать себя более радостной, а что — менее? Что она думает о своем чувстве радости? Неожиданно оно для нее или она воспринимает его как нечто само собой разумеющееся? Захватывает ли ее это чувство или к нему примешивается опасение разочарования? Ответы на эти вопросы позволили бы собрать значительную информацию об этой женщине, а подобное раскрытие личного значения других чувств помогло бы составить портрет ее личностного профиля.

По причине всего вышесказанного, проводя психотерапию, терапевт должен внимательно прислушиваться к словам, имеющим индивидуальный смысл, и просить уточнить их значение. Такие прилагательные, как «радостный» и «грустный», служат примером лишь одной части речи, анализ которой позволяет установить личностный профиль пациента. С этой целью могут также использоваться образные существительные и глаголы. Если некий мужчина заявит, что его жена «сущая мегера», психотерапевт, вероятно, поймет, что он имеет в виду. Однако не стоит упускать возможность спросить у этого человека, какой смысл он вкладывает в это слово («Что вы подразумеваете под словом “мегера”?»), и тем самым побудить его к прояснению своих супружеских отношений и того, что ему не нравится в жене.

Допустим, отвечая, этот пациент описывает случай, когда он «устроил разнос» своей жене. Что означает для него устроить разнос, что он думает о своем поведении, типично ли оно для него? Предположим, он сравнивает свою жену с кем-то, кого считает «сочувствующим». Что в его представлении означает «сочувствовать», при каких обстоятельствах и от каких людей он ожидает сочувствия, как он реагирует на сочувствие?

Психотерапевт не должен полагаться на свое знание сленга и метафорических выражений, используемых пациентом, особенно если он не совсем уверен, что вкладывает в них тот же смысл. Стараясь не препятствовать естественному самовыражению пациента в каждом случае использования образного языка, специалисту следует спрашивать «Что вы имеете в виду?» достаточно часто, чтобы удостовериться в правильности понимания сказанного. Дополнительная польза этих расспросов заключается в том, что пояснение пациентом своих чувств и отношений, отражаемых в речи, заставляют его понять, что в психотерапии важно не то, что слова обозначают вообще, а то, что они значат лично для пациента.

Привлечение внимания к не упомянутому пациентом

Привлечение внимания к тому, о чем пациент не упомянул, — один из эффективных способов скрытого ведения беседы. Эту тактику можно адаптировать для достижения стратегических целей на разных этапах психотерапии. На начальной фазе замечанием «Вы ничего не рассказали о своей работе» можно вынести на обсуждение диагностически важную тему. В дальнейшем, на средней фазе психотерапии, модифицированный вариант этого замечания («Вы ничего не говорите о своей работе») может быть использован не столько для получения информации о ситуации, сложившейся на работе, сколько для указания на причины, по которым пациент обходит эту тему.

На обсуждаемом здесь промежуточном этапе, когда психотерапевт переходит с диагностической на среднюю фазу, направление внимания на то, что не было сказано, служит цели получения конкретной информации, а не ведет к обсуждению какой-то темы. Однако психотерапевт должен ограничиваться тем, *что* сказано или не сказано (*содержательный* аспект психотерапии) и не распространяться на вопрос *почему* (один из аспектов *процесса* психотерапии, рассмотрение которого лучше отложить до средней фазы). В качестве примера можно привести следующее замечание психотерапевта, узнавшего из предыдущих бесед достаточно много о работе пациента и о том, какое она имеет отношение к его трудностям: «Вы рассказали о своей работе, но ничего не говорили о том, как вы пришли в эту профессию».

Поддержание равновесия между выражением мыслей и чувств

Психотерапевтический процесс идет наиболее продуктивно, если пациент выражает и мысли, и чувства. И, наоборот, терапия нередко заходит в тупик, когда она сводится либо к сугубо рациональному обсуждению идей и событий, либо к необузданным эмоциональным аффектам. Человек может понять себя и реализовать свой потенциал только тогда, когда обращается и к рациональному, и к эмоциональному аспектам своей жизни, а чрезмерный акцент на одном из них в ущерб другому почти всегда ведет к низкой адаптивности. Поэтому психотерапевт может содействовать продуктивной работе, помогая «мыслителю» больше чувствовать, а «чувствительному» — больше мыслить.

Переходный период между начальной и средней фазами психотерапии — удачное время для начала работы по установлению равновесия между мышлением и чувствительностью. Для достижения этой стратегической цели психотерапевт может в подходящие моменты обращать внимание пациента на игнорируемый им аспект опыта: «Вы подробно описали, как развивалась ситуация, однако ничего не сказали, что вы чувствовали»; «Вы достаточно много рассказали о том, что вы чувствовали в этой ситуации, однако не вполне ясно описали, что же действительно произошло». Замечания такого рода позволяют получить информацию для дополнения характеристики личности пациента и ведут к пониманию необходимости того, что и мысли, и чувства должны осознаваться и анализироваться. На последующих этапах терапии наблюдения, что мысли или чувства не выражаются, могут служить той же цели, что и замечание о не рассмотренной информации, то есть привлечению внимания не только к содержательным (что), но и процессуальным (почему) аспектам материала.

В завершение следует отметить, что общий принцип использования разных методов при проведении беседы заключается в том, чтобы не полагаться целиком на один из них. Как только психотерапевт начинает автоматически повторять одни и те же фразы, терапия теряет в глазах пациента свою естественность и становится формальным, скучным занятием. Специалисту следует использовать разнообразные методы, направленные на развитие способности пациента к свободному самовыражению, на получение дополнительной информации, причем делать это следует как можно более естественно и ненавязчиво.

Примечания

1 Опрометчивую, преждевременную и неуместную интерпретацию бессознательного пациента называют «примитивным анализом» (S. Freud, 1910/1957d). Примитивным анализом обычно занимаются неопытные или недостаточно подготовленные психотерапевты, считающие, что основная задача психотерапии — в нанесении пациенту моментального, чувствительного удара в уязвимое место, а не в стремлении к его пониманию. Поэтому такое поведение специалиста редко отвечает интересам пациента. Исследования показывают, что преждевременное интерпретирование является одной из наиболее распространенных ошибок начинающих психотерапевтов, проходящих практическую подготовку (Buckley, Karasu, & Charles, 1979).

2 Метод свободных ассоциаций был разработан Фрейдом, который считал его «фундаментальным правилом» психоанализа (S. Freud, 1913/1958a, p. 134–135). Хотя психотерапевты, работающие в разных направлениях, неодинаково реагируют на слова пациента, общим для всех направлений является требование максимальной свободы пациента в высказываниях. Поэтому при любом виде психотерапии, вне зависимости от того, в какой мере она близка к поддерживающей или насколько структурированы психотерапевтические сеансы, основой для оценки успешности терапии, а также для выбора ее стратегии и тактики служит способность пациента к самовыражению. Более подробно метод свободных ассоциаций рассматривают следующие авторы: Busch, 1995, chapter 3; Kanzer, 1961; A. Kris, 1982, 1992; Singer, 1965, chapter 8; Spacal, 1990.

3 Целый ряд авторов тщательно анализирует то, как эта позиция психотерапевта помогает пациенту адаптироваться к психотерапевтическому процессу и продуктивно общаться со специалистом. Одним из первых в своих работах 1911–1915 годов эту тему затронул Фрейд (см. Ellman, 1991). Особого внимания заслуживают работы Шафера (Schafer, 1983), который рассматривает рекомендации Фрейда как метод «создания атмосферы безопасности» в ситуации психотерапии. Шафер описывает то, что он называет «аналитической установкой»: полное внимание психотерапевта, избегание оценочных суждений, стремление руководствоваться интересами пациента, а не своими собственными, и оказание помощи через расширение сферы понимания, а не посредством наставлений и советов.

4 Вочтель (Wachtel, 1993) предлагает подробные и доступные рекомендации, как формулировать утверждения, чтобы они способствовали эффективной коммуникации и в то же время сводили к минимуму дистресс пациента. По меткому выражению Вачтеля, психотерапевт должен научиться «искусству деликатного исследования», с тем чтобы беседа с пациентом была «исследованием, а не допросом»: «Эффективное исследование повышает вероятность того, что пациент будет воспринимать комментарии психотерапевта как намек на необходимость анализа, а не как вызов, требующий защитных действий, или сигнал к тому, чтобы замкнуться» (p. 88).

Часть III

Средняя фаза психотерапии

Глава 8

Передача толкования: интерпретирование

Средняя фаза психотерапии — это период, когда психотерапевт «возвращает» пациенту услышанное от него с добавлением объяснения. Как уже отмечалось, нет какого-то определенного количества сеансов, необходимого для достижения средней фазы психотерапии. На осуществление диагностики и оценки, заключение психотерапевтического контракта, подготовку пациента к психотерапии и составление достаточно полного представления о личности пациента у психотерапевта может уйти от нескольких сеансов до нескольких месяцев. Однако рано или поздно наступает момент, когда усилия, направлявшиеся ранее на познание пациента, необходимо направить на оказание помощи пациенту в понимании им самого себя.

Главный инструмент толкования сообщаемого пациентом в психотерапии — это интерпретирование. Чтобы использовать этот инструмент эффективно, психотерапевт должен быть знаком с сущностью интерпретационного процесса и со специфическими аспектами интерпретирования, которые включают в себя следующее:

а) что интерпретировать;
б) когда интерпретировать;
в) как интерпретировать;
г) оценку эффективности интерпретации;
д) проработку интерпретации.

Сущность интерпретирования

Интерпретации — это утверждения, направленные на раскрытие определенных аспектов поведения пациента, которые ранее в полной мере им не осознавались.

Задача интерпретации — достижение пациентом более глубокого понимания самого себя благодаря осознанию своих мыслей и чувств. Интерпретации выполняют свою задачу, если помогают пациенту произвести реструктурирование своего когнитивного и эмоционального опыта, а также внести изменения в свое поведение, позволяющие достичь лучшей адаптации. Клинические наблюдения неизменно свидетельствуют о терапевтической пользе самопознания, которое стимулирует интерпретационный процесс (Levy, 1990, глава 9; Meissner, 1991, глава 13), а исследовательские данные подтверждают наличие связи между умелым применением интерпретаций и благоприятным исходом психотерапии (Orlinsky et al., 1994)[1].

В определенном смысле любое вмешательство психотерапевта можно считать интерпретацией, поскольку даже ни к чему не обязывающая фраза может изменить направленность внимания пациента и тем самым вызвать когнитивное или эмоциональное реструктурирование. Простое замечание («Вы сегодня выглядите несколько беспокойным») может заставить пациента обратить внимание на неосознаваемое до этого поведение, например, на то, что он то кладет ногу на ногу, то вытягивает ноги. Тихое «м-м», легкий кивок может служить для пациента доказательством того, что то, о чем он говорит, интересно, важно или достойно одобрения. Однако такое широкое понимание интерпретации не позволяет систематизировать разные виды вмешательства психотерапевта и ставит в затруднительное положение как клиницистов, проводящих психотерапию, так и тех, кто изучает психотерапевтический процесс.

Поэтому в клинических и исследовательских целях удобнее всего принять сравнительно узкое определение интерпретации как попытки расширить сферу самосознания пациента, указав на неосознаваемые детерминанты его поведения. Это определение не включает комментарии, касающиеся непосредственно наблюдаемого поведения пациента, хотя такие замечания, как «Вы сегодня выглядите несколько беспокойным», могут предшествовать предположению о неосознаваемом значении поведения («Создается впечатление, что вы становитесь беспокойным, когда раздражаетесь»). Аналогично, второстепенные комментарии, не направленные на расширение сферы самосознания пациента, нельзя считать интерпретациями, хотя и они могут оказывать то же воздействие. Этот принцип, касающийся определения интерпретации, является следствием принципа, рассмотренного в главе 1, согласно которому психотерапия определяется тем, что пытается сделать психотерапевт, а не тем, что имеет психотерапевтический эффект.

С целью отграничения интерпретаций от других видов вмешательства психотерапевта, все его действия можно отнести к следующим пяти категориям, перечисленным в порядке возрастания их потенциального воздействия.

1. *Вопросы.* Простой и наименее глубокий вид вмешательства психотерапевт осуществляет, задавая пациенту вопросы о нем самом и о его опыте. Хотя с помощью прямых вопросов можно получить полезную информацию, для психотерапевтической ситуации, как отмечалось в главе 7, это не слишком продуктивный метод.

2. *Прояснения* — это высказывания, цель которых — акцентировать значение определенных аспектов того, о чем сообщает пациент. Часто можно сделать прояснение, просто обратив внимание на что-то из сказанного пациентом, тем самым подразумевая важность этого момента («Вы не могли бы рассказать об этом поподробнее?»; «Не могли бы вы еще раз описать этот случай, чтобы я смог проверить, правильно ли я понял то, как вы его восприняли?»). Иногда прояснение заключается в краткой переформулировке сказанного пациентом, но без уточнений или попыток сделать вывод. («Как я понял, во время киносеанса вы чувствовали себя отлично до тех пор, пока рядом с вами не сели, и тогда вы стали так нервничать, что были вынуждены покинуть зал».) В сформулированном таким образом прояснении не содержится ничего, что бы пациент не осознавал, хотя оно и может послужить начальным звеном серии вмешательств, ведущих к открытию чего-то нового.
3. *Восклицания* — это краткие высказывания психотерапевта, с помощью которых он дает понять пациенту, что его слушают, и побуждает к продолжению разговора. Как и прояснения, восклицания подчеркивают значимость того, что говорит пациент, даже тогда, когда они представляют собой лишь невнятное «М-м». Однако восклицание в большей степени, чем прояснение отражает одобрение и интерес. «М-м» подразумевает не только «Я слушаю» и «Я понимаю», но и «Я согласен», «Я одобряю». Конечно, восклицания могут быть как одобрительными, так и неодобрительными. Однако если психотерапевт намерен поставить под сомнение или оспорить то, что говорит пациент, его вмешательство, каким бы оно ни было кратким, будет ближе к конфронтации, чем к восклицанию, которое практически ни к чему не обязывает.
4. *Конфронтации.* В отличие от прояснения и восклицаний, имеющих отношение к тому, что говорит пациент, конфронтация привлекает внимание к тому, что пациент мог бы сказать, но не сказал. Заметив, к примеру, что пациент описал какой-то случай, не упомянув о связанных с ним чувствах, или что этот случай похож на эпизоды, уже имевшие место в его жизни, или что он, рассказывая об этом случае, был на грани слез, психотерапевт сосредоточивается на потенциально значимой информации, которая в противном случае могла бы остаться незамеченной.

   Хотя конфронтация привлекает внимание пациента к новому материалу, она имеет отношение только к наблюдаемым событиям, которые становятся очевидными, как только на них укажут. Иногда психотерапевту не удается придерживаться фактов; например, он может переоценить сходство рассматриваемой ситуации с каким-то случаем из прошлого пациента. Однако, если делать скидку на ошибку психотерапевта, под конфронтацией подразумевается констатация факта: каково положение вещей или каким оно было, а не гипотеза о том, каким оно могло бы быть. Поскольку конфронтации указывают на очевидность, в которой пациент может незамедлительно удостовериться, они имеют отношение к уровню предсознательного. Они выходят за рамки того, что пациент осознает в данный момент, но не достигают глубин бессознательного.

5. *Интерпретации.* В интерпретациях отражаются аспекты личности или поведения пациента, которые он не вполне осознает, аспекты, которые вряд ли будут осознаны без помощи психотерапевта. В отличие от других видов вмешательства психотерапевта, интерпретации: а) имеют отношение к неосознаваемому материалу, а не к очевидной для пациента данности; б) направлены на объяснение, а не просто на описание поведения пациента; в) заключают в себе выводы, предположения и альтернативные гипотезы, а не наблюдения и достоверные факты. Интерпретации также обладают двумя особенностями, нередко заставляющими пациента испытывать чувство дискомфорта.

   Во-первых, сообщая человеку нечто новое о его внутренней жизни или поведении, интерпретации неизбежно что-то меняют в его представлениях о самом себе. Чтобы думать, чувствовать или действовать по-новому, необходимо отказаться от старых стереотипов; реструктурирование опыта и модификация поведения, являющиеся целью интерпретации, могут быть достигнуты только через изменение существующих структур и моделей поведения. Попросить человека отказаться от аспектов своего психического функционирования, к которым он привык, даже если эти психические процессы доказали свою неадаптивность, означает заставить его испытать горечь потери. Это обстоятельство позволило одному из авторов утверждать, что главным следствием интерпретирования является потеря объекта и что правильные интерпретации зачастую ведут к непродолжительному периоду легкой депрессии (Tarachow, 1963, p. 20).

   Во-вторых, поскольку интерпретации подразумевают, что модели поведения или взгляды пациента не вполне эффективны и реалистичны, они всегда представляют собой своего рода критику. Предлагая мыслить, чувствовать или действовать как-то иначе и, более того, внушая, что это приведет к более насыщенной и интересной жизни, психотерапевт намекает, что в настоящем поведении пациента что-то неправильно. Даже деликатные интерпретации являются для пациента испытанием, снижают его самооценку и мобилизуют защитные механизмы[2].

Что интерпретировать

Обычно на психотерапевтическом сеансе у психотерапевта рождается значительно больше гипотез о значении мыслей, чувств и действий пациента, чем он может или должен выразить. Для интерпретации каждого элемента беседы времени никогда не хватает, поэтому психотерапевту нужно расставить приоритеты, с тем чтобы решить, какого рода поведение пациента следует интерпретировать.

Поскольку задача интерпретации — передать понимание, первый шаг при расстановке приоритетов состоит в осознании того факта, что расширение границ самопонимания необходимо не во всех сферах жизни человека. Возьмем, к примеру, мужчину-адвоката, который достиг больших карьерных высот и доволен своей работой, хотя и не осознает, почему он выбрал именно этот профессиональный путь. Этот человек обращается за помощью в связи с чувством подавленно-

сти, вызванным мнимым или реальным снижением сексуальной потенции. Хотя мотивы выбора им карьеры и могли бы его заинтересовать, понимание их не отразилось бы на его образе жизни и самочувствии, тогда как осознание своих сексуальных установок могло бы значительно изменить его чувства и поведение. С другой стороны, если адвокат обращается за помощью не по поводу нарушений в сексуальной жизни, а в связи с фрустрацией и невозможностью реализовать себя в профессиональной деятельности, расширение границ самопонимания в области выбора карьеры принесло бы ему значительно больше пользы, чем анализ сексуального поведения.

Этот пример иллюстрирует один из общих принципов, которыми следует руководствоваться при принятии решения о том, что интерпретировать. Интерпретации должны затрагивать те сферы жизни пациента, в которых он испытывает затруднения. С этой целью, слушая пациента и обдумывая возможные интерпретации, психотерапевт должен постоянно задавать себя следующие вопросы.

1. *Что вызывает у пациента тревогу?* Поскольку при психотерапии основное внимание уделяется проблемным аспектам жизни человека, интерпретации должны быть направлены на события настоящего или прошлого пациента, которые вызывают у него беспокойство. Исследование сути и истоков того, что не волнует пациента и не играет никакой роли в проблемах, заставивших его обратиться за помощью, принесет мало пользы. С другой стороны, любые обстоятельства, которые либо по словам пациента, либо по наблюдениям психотерапевта представляются источниками выраженной тревоги, следует рассматривать как подходящий объект для соответствующих интерпретаций.
2. *Что пациент делает неэффективно?* Из-за тревоги или по другим причинам, пациент иногда ведет себя неадаптивно. Такая неадаптивность обычно усиливает тревогу, что, в свою очередь, усугубляет неэффективность. Интерпретации, направленные на неэффективные копинговые стратегии, могут помочь пациенту восстановить более приемлемые способы поведения и одновременно снизить его личностную тревожность.
3. *Что пациент воспринимает в искаженном виде?* Хотя клиницисты иногда склонны считать искаженное восприятие симптомом тяжелого расстройства, различные потребности и установки время от времени приводят любого человека к неправильному восприятию самого себя и окружающего мира. Если человек неверно истолковывает сущность и значение своего опыта, возникает риск формирования психологических проблем и выбора неэффективной копинговой стратегии. Поэтому третьим главным объектом интерпретации является все, что пациент воспринимает неверно.

Вывод из вышесказанного таков: психотерапевт должен направлять свои интерпретации на источники затруднений пациента, которые проявляются в том, что в его действиях, мыслях и чувствах представляется необычным, неэффективным, неуместным, противоречивым, иррациональным, самоуничижительным или вызывающим тревогу. И напротив, настоящие и прошлые ситуации, которые не беспокоят пациента, воспринимаются им правильно и эффективно разрешаются,

обычно следует оставить без комментариев. Помимо указанного выше принципа, при принятии решения о том, какой из вероятных источников затруднений пациента выбрать для интерпретации, а какой оставить пока без внимания, следует руководствоваться следующими двумя правилами, помогающими вести упорядоченную и эффективную интерпретационную работу.

1. Интерпретации защитной реакции должны предшествовать интерпретациям конфликта.
2. Интерпретации процесса предшествуют интерпретациям содержания.

Конфликт и защита

Как отмечалось в главе 4, неразрешенные конфликты вызывают тревогу, которая, в свою очередь, мобилизует защитные механизмы. Если у человека потребность избегать тревогу берет верх над потребностью в самореализации, его поведение, как правило, становится неэффективным и неадаптивным. Поэтому и скрытые конфликты, и мобилизованные ими защиты являются потенциальными источниками затруднений в жизни человека, которые следует подвергнуть интерпретации.

Однако, если говорить о приоритетах, предпочтительно проводить интерпретацию защитных реакций пациента до попыток проинтерпретировать конфликты, вызывающие тревогу. Если интерпретации скрытых конфликтов и источников тревоги предлагаются пациенту прежде, чем он распознал и модифицировал стиль защиты, они будут включены в существующую систему защит и затруднят самопонимание. Осознав свое защитное поведение и изменив его, человек сможет что-то вынести для себя из интерпретаций, не защищаясь от них с помощью своих обычных приемов борьбы с тревогой.

Пациенты, склонные создавать интеллектуальные защиты, к примеру, могут сосредоточенно обдумывать какую-то интерпретацию, но в своих философствованиях превратят ее в описание абстракций, лишенных индивидуальных свойств. Ниже приведено высказывание студентки, единственного ребенка в семье. Психотерапевт только что предположил, что ее плохие отметки, вероятно, являются ответной реакцией на давление со стороны отца, желающего, чтобы она воплотила в жизнь надежды, возлагавшиеся на сына, которого у него нет.

> Да, доктор, я думаю, это справедливое замечание. Легко представить себе человека, который, негодуя на отца за его требование воплощать в себе кого-то другого, не захочет быть прилежным студентом. Это вполне понятно, и я даже могу назвать несколько моих знакомых, у которых, по-видимому, есть такая же проблема.

Интерпретации конфликта в этом случае не предшествовал анализ когнитивных защит пациентки, и результатом явилась бесплодная интеллектуализация. Пациентка хвалит психотерапевта за его проницательность, говорит о том, как может действовать какой-то «человек», негодующий на отца, и заявляет о своем понимании поведения своих однокурсников с похожей проблемой. В ответе отсутствует какая-либо эмоциональная реакция или соответствующие ассоциации, по которым можно было бы судить о том, что ситуация была воспринята лично, например, выражение удивления («Вы действительно так думаете?»), смятения («Эта мысль приводит меня в растерянность») или личного участия (использова-

ние слов «я», «мне», «мой отец»). Тревога, сопутствующая таким эмоциям или ассоциациям, подавляется интеллектуализацией интерпретации и личной отстраненностью, поэтому расширения сферы самопонимания не происходит.

Для иллюстрации нежелательности интерпретации конфликта до интерпретации защит в качестве примера можно также рассмотреть реакцию той же студентки на ту же интерпретацию, но уже с преобладанием механизмов вытеснения:

> Не могу представить такое. Я точно знаю, что отец желает мне добра, поэтому у меня нет оснований беспокоиться о его отношении. И я уверена, что никогда не боялась хорошо учиться. Вы, вероятно, заблуждаетесь.

Если допустить, что в данном случае психотерапевт не заблуждается, этот ответ демонстрирует использование вытеснения и отрицания с целью избежать тревоги, которую могла вызвать интерпретация. Со мной и моим отцом все в порядке (отрицание), говорит девушка, и, более того, этот вопрос не стоит даже рассматривать (вытеснение). Интересно, что если реакция пациента на интерпретацию конфликта оказывается защитной, точность интерпретации не имеет большого значения. Сама попытка психотерапевта затронуть глубинные слои психики вызывает тревогу, заставляющую пациента, склонного использовать когнитивную защиту, интеллектуально нейтрализовывать интерпретацию, а пациента, склонного использовать механизм вытеснения, — полностью ее отвергать, вне зависимости от того, правильная она или нет.

Какому бы механизму защиты пациент ни отдавал предпочтение, он продолжает использовать его для блокировки источников тревоги до тех пор, пока не приобретает способность действовать иначе. Эту способность можно развить, помогая пациенту обнаруживать и осознавать модели поведения, посредством которых он защищается от тревоги. Защиты не исчезают сразу после того, как их подвергли интерпретации. Однако выявление и понимание защитных механизмов позволяет лучше их контролировать и делает их использование более гибким и адаптивным. Научившись управлять своими защитами, пациент приобретает способность ослаблять или выключать их, имея дело с интерпретациями конфликта[3]. По этой причине интерпретации скрытых переживаний быстрее приведут к расширению сферы самопонимания, если будут следовать за уместными интерпретациями защитных реакций, особенно если эти реакции носят личностный характер, а не ситуационный.

Ситуационные и личностные защиты

Пытаясь распознать защитное поведение и реагируя на него, полезно различать *ситуационные* и *личностные защиты*. Ситуационные защитные реакции — это специфические действия пациента, осуществляемые для снижения тревоги в ситуациях, которые он считает угрожающими, а личностные защитные реакции — это типичное поведение человека, позволяющее ему избегать чувство тревоги.

При психотерапии ситуационные защиты становятся очевидными в моменты, когда пациент описывает свои реакции на некие события прошлого, вызвавшие у него тревогу, или реагирует на какой-то вызывающий тревогу аспект психотерапии. Возьмем, к примеру, пациента, который сообщил о возникновении головной

боли и вынужденном уходе с работы после критики со стороны начальника или который заявил терапевту, что спешит и хочет завершить сеанс пораньше. Оба утверждения наводят на мысль о ситуационной защитной реакции в форме ухода из психологического поля, а интерпретация в обоих случаях могла бы звучать следующим образом: «Создается впечатление, что вы убегали (убегаете) от ситуации».

Личностные защиты проявляются в установках, ценностях и предпочитаемых пациентом моделях поведения, которые характеризуют его как личность. Однако психотерапевт должен помнить о том, что не все установки, ценности и модели поведения, определяющие личностный профиль, являются защитными реакциями, вызванными тревогой и направленными на борьбу с ней. Многое в личности человека мотивировано позитивно, направлено на самореализацию и не связано с переживанием тревоги или защитой от нее. Поэтому интерпретация личностного профиля должна быть направлена в основном на устоявшиеся реакции избегания тревоги, препятствующие самореализации, а не на личностные черты, в целом отвечающие интересам пациента. Каждое из приведенных ниже замечаний описывает неадаптивное поведение человека, обратившегося за психологической помощью. Эти утверждения служат наглядным примером того, как следует формулировать интерпретации личностных защитных реакций.

- Вы, по-видимому, стремитесь упорядочить в своей жизни все до последней мелочи.
- Складывается впечатление, что вы склонны делать или говорить первое, что приходит вам в голову, не задумываясь о последствиях.
- Всякий раз, когда у вас начинают устанавливаться с кем-то близкие отношения, вы находите повод их прервать.
- Всегда, когда что-то не ладится, вы начинаете винить себя в том, что вы не такой хороший человек, каким должны быть.
- Кажется, что, принимая решение о поведении в какой-то ситуации, вы больше ориентируетесь на мнение других людей, а не на свои желания.

Особая важность интерпретации личностных защитных реакций

Динамическая психотерапия в том виде, в котором ее разработал Фрейд, заключалась в выявлении неадаптивного поведения и объяснении его действием специфических источников тревоги в глубинах бессознательного и определенными событиями раннего детства. Однако впоследствии под влиянием работ Вильгельма Райха (W. Reich, 1933/1949), посвященных личностному анализу, и статей Анны Фрейд (A. Freud, 1936/1946) по механизмам эго, внимание стало уделяться не только истокам конфликта, но и стратегиям его преодоления. Райх считал личностные интерпретации («расслабление панциря характера») необходимым условием последующего интерпретирования скрытых конфликтов, а Анна Фрейд полагала, что специфические механизмы защиты, игнорируемые психотерапевтом, могут препятствовать раскрытию неосознаваемых переживаний. Результатом деятельности этих ученых стало признание того факта, что эффективное интерпретирование личностных защит во многих случаях само по себе может привести к удовлетворительному завершению психотерапии[4].

Если развить эту мысль, то следует отметить, что не всегда возможно или необходимо помочь пациенту понять ранние истоки, а также сущность его личностного профиля. Прежде всего, взрослым бывает трудно воссоздать яркую картину ранних лет жизни — периода возникновения конфликтов, приведших к формированию личностных защит. Чем интенсивнее и продолжительнее психотерапия, тем выше вероятность того, что пациент вновь переживет события раннего детства, обусловившие его конфликты, сделавшие его тревожным и повлиявшие на выбор защитных механизмов. С другой стороны, если в ходе психотерапии дальнейший, более глубокий анализ не обещает расширения сферы самопонимания с пользой для пациента, которая оправдывала бы затраты времени, усилий и денег, обращение к прошлому опыту следует ограничить. На этом этапе пациент и психотерапевт должны признать, что интересам пациента отвечает прекращение анализа, а не его углубление.

Во-вторых, конфликты, зародившиеся в раннем детстве, могут иметь настолько опосредованную связь с нынешними тревогами пациента и с его образом жизни, что практически не будут влиять на его настоящее, хотя и могут быть осознаны. Устоявшиеся за многие годы личностные защиты становятся автономными и оказываются выгодными уже сами по себе; поэтому повторное переживание событий, приведших к их формированию, может не отражаться на защитном или каком-либо другом поведении в настоящем[5]. В то же время способность пациента понять, как он сегодня использует защитные механизмы для преодоления различных затруднительных ситуаций, поможет ему модифицировать свою систему защиты и повысить уровень эффективности копинг-стратегий. Таким образом, продуктивная интерпретация защиты может быть как средством, так и важной целью психотерапии.

Содержание и процесс

Как отмечалось, содержательный аспект психотерапевтической беседы — это то, что говорит пациент; а процессуальный аспект — то, как и почему он это говорит, а также почему он не говорит о чем-то другом. Соответственно, интерпретации содержания обычно направлены на раскрытие связи между имеющимися переживаниями и событиями за пределами психотерапевтического сеанса, а интерпретации процесса направлены на выявление связи между имеющимися переживаниями и поведением во время беседы с психотерапевтом. Интерпретации содержания служат связующим звеном между тем, каков человек сейчас, и тем, каким он был или мог бы быть; а интерпретации процесса помогают пациенту увидеть свою личность в действии, в данный момент, здесь-и-теперь. Хотя в психотерапии существенную роль играют оба типа интерпретаций, существуют два обстоятельства, по которым в ситуации равноценного выбора следует предпочесть интерпретацию процесса.

Во-первых, интерпретации процесса обычно воспринимаются острее, поскольку характеризуют поведение, наблюдаемое в данный момент. Во-вторых, если к интерпретируемым аспектам содержания пациент и психотерапевт могут возвращаться вновь и вновь, то интерпретирование какого-то аспекта процесса происходит единожды и не повторяется в том же виде. Это означает, что упущенная воз-

можность проинтерпретировать источники затруднений, проявляющиеся в содержании, как правило, можно восполнить, тогда как упущенные возможности конструктивно использовать текущий процесс потеряны навсегда.

Чтобы различать процесс и содержание, психотерапевт должен внимательно наблюдать за поведением пациента. Не говорит ли пациент с запинками, не ёрзает ли на стуле, не выступает ли у него на лбу испарина, не проявляется ли как-то иначе его необычная тревога, или же он, наоборот, подчеркнуто небрежен и беспечен при разговоре о серьезных вещах? Рассказывая о себе, не пытается ли пациент произвести благоприятное впечатление, вместо того чтобы делиться своими проблемами, или, возможно, последовательность затрагиваемых пациентом тем говорит о скрытых тревогах больше, чем о самих этих темах? Всегда, когда ответ на подобные вопросы утвердительный, интерпретации процесса следует предпочесть интерпретациям содержания.

Наконец, задумываясь над тем, почему пациент о чем-то умалчивает, психотерапевт должен иметь в виду четыре варианта поведения, имеющего отношение к содержательному аспекту психотерапии.

- Пациент говорит о сравнительно недавних событиях («Вчера я ...») или о сравнительно давних событиях («Когда я был значительно моложе, я...»).
- Пациент говорит о себе в целом («У меня вспыльчивый характер») или описывает фактическое поведение («Сегодня утром я вспылил»).
- Пациент рассказывает о своей жизни безотносительно к психотерапии или увязывает свой рассказ с психотерапией и ролью психотерапевта в своей жизни.
- Пациент сообщает о своих мыслях или выражает чувства.

Регулярное проявление одного из элементов этих пар при игнорировании другого элемента имеет отношение к процессу психотерапии и должно подвергаться интерпретированию.

Многие из этих процессуальных аспектов поведения пациента связаны с реакциями сопротивления и переноса. Как отмечалось в главе 4, сопротивление — это парадоксальное нежелание пациента участвовать в психотерапии, а перенос — это чувства и установки пациента по отношению к психотерапевту. Сопротивление и перенос очень часто объясняют затруднения при беседе, попытки пациента произвести благоприятное впечатление на психотерапевта, а также обращение особого внимание на одни темы и игнорирование других. Таким образом, интерпретации сопротивления и переноса могут эффективно способствовать налаживанию коммуникации и, будучи интерпретациями процесса, предпочтительней интерпретаций содержания.

Несмотря на то что сопротивление и перенос играют ключевую роль в процессе психотерапии, их интерпретация должна быть избирательной, то есть проявления сопротивления и переноса требуют интерпретирования лишь тогда, когда они настолько выражены или регулярны, что препятствуют коммуникации. Принципы, которыми должен в этом случае руководствоваться психотерапевт, рассмотрены в главах 9 и 10. Здесь же мы лишь затронем такие понятия, как *ближний дериват* и *отдаленный дериват*, которые могут помочь психотерапевту решить, обращать ли особое внимание на какой-то аспект психотерапевтического процесса.

Ближние дериваты — это поведение, довольно тесно и четко связанное с некоторыми скрытыми конфликтами, которое оно отражает; отдаленные дериваты — это поведение, разделенное значительным отрезком времени с конфликтом, породившем его, и имеющее с этим конфликтом весьма опосредованные психологические связи[6]. По тем же причинам, по которым интерпретации защитных реакций и процесса предпочтительнее интерпретаций конфликта и содержания, интерпретации ближних дериватов обычно более продуктивны, чем интерпретации отдаленных дериватов: они нагляднее, легче воспринимаются пациентом и могут служить началом последовательности интерпретаций (от ближних дериватов к отдаленным), которую нельзя начать с другого конца (от отдаленных дериватов к ближним).

Для иллюстрации различия между ближними и отдаленными дериватами допустим, что пациентка рассказывает мужчине-психотерапевту о своей зависти к более привлекательной сестре, допустим также, что при этом она сидит, расставив ноги. Ее позу можно рассматривать как сексуальное заигрывание, отражающее реакцию переноса — желание любить и быть любимой психотерапевтом. Но при отсутствии убедительных доказательств наличия переноса ее позу следует считать отдаленным дериватом: нет никаких оснований связывать положение ее ног с любовью к психотерапевту; то, о чем она говорит (зависть к сестре), также не позволяет интерпретировать ее позу как проявление переноса. Путем изощренных рассуждений, конечно, можно дойти до какого-то обоснования переноса, если, например, предположить, что ее беспокойство по поводу того, что она проигрывает своей сестре в привлекательности, означает желание доказать свою привлекательность для мужчин, в частности для психотерапевта. Однако такие сложные логические цепочки, идущие от отдаленных дериватов, редко ведут к продуктивным интерпретациям. При их построении возможны ошибочные выводы, поскольку они включают в себя множество предположений и, даже соответствуя действительности, слишком сложны для того, чтобы пациент мог самостоятельно в них разобраться, не потеряв личной заинтересованности.

Допустим теперь, что та же женщина, сидя с расставленными ногами, заявляет: «Мне так нравится с вами беседовать, что я встречалась бы с вами каждый день». Хотя желание продлить встречи с психотерапевтом могут означать многое, в том числе потребность в дополнительной помощи или убежденность в том, что чем больше психотерапии, тем лучше, недвусмысленное заявление «Мне так нравится с вами беседовать, что я встречалась бы с вами каждый день» почти наверняка отражает стойкий позитивный перенос. Кроме того, явное содержание утверждения, с акцентом на «мне — с вами», напрямую связано с отношениями пациент — психотерапевт.

Поскольку желание чаще встречаться с психотерапевтом имеет очевидную связь со скрытыми чувствами по отношению к психотерапевту и соответствует им по содержанию, оно является ближним дериватом и может быть проинтерпретировано. При использовании этого ближнего деривата (то есть выраженного пациенткой желания видеть психотерапевта каждый день) как основы для анализа потребности любить и быть любимой психотерапевтом может представиться удобный случай, чтобы сослаться на отдаленный дериват (на соблазнительную

позу) как на прямое или косвенное подтверждение правильности интерпретации. Начиная же с отдаленного деривата, психотерапевт ставит на первое место слабое доказательство.

Чтобы не создавалось впечатление, что действия пациента всегда являются отдаленными дериватами по отношению к его словам, рассмотрим следующую ситуацию. Пациент, пришедший на психотерапевтический сеанс, шумно распахивает дверь, тяжело опускается на стул, задев им за стену, кладет ногу на ногу, стукнув при этом по столу психотерапевта, хмурится и заявляет: «Мне снилось, что я избивал каких-то людей». Такое поведение не оставляет сомнений в том, что пациент зол на психотерапевта, и в этом случае отдаленным дериватом является то, что он говорит, а не действия, сопровождающие его слова. В высказывании пациента звучат агрессивные нотки, однако оно касается сна, а не желаний, и имеет отношение к абстрактным людям. С другой стороны, фактические действия пациента — его «налет» на кабинет психотерапевта — по сути, приближается к открытой агрессии против психотерапевта и представляет собой ближний дериват негативной реакции переноса. Подходящим интерпретационным ответом на заявление пациента «Мне снилось, что я избивал каких-то людей» была бы фраза «Создается впечатление, что вы избиваете меня»[7].

Разграничение ближних и отдаленных дериватов позволяет психотерапевту не распыляться на детали процесса, которым нередко уделяется больше внимания, чем они того заслуживают. К таким переоцениваемым деталям процесса относятся поведенческие проявления, описанные Фрейдом (1901/1960) в «Психопатологии обыденной жизни», например забывание, оговорки, описки, неправильное прочтение и различного рода случайности и «ошибочно произведенные действия». Из-за своей наглядности и кажущейся легкости интерпретирование ошибочных действий весьма популярно среди плохо подготовленных психотерапевтов и дилетантов-«аналитиков», желающих блеснуть своей удивительной «проницательностью». Однако даже ошибки, значение которых очевидно, — это, как правило, отдаленные дериваты, редко оказывающиеся объектом интерпретации.

Возьмем, к примеру, пациентку, «случайно» назвавшую мужа отцом («Я как раз вчера сказала отцу — э-э, я, конечно, имела в виду *мужу*, — что нам нужно взять отпуск»), или периодически «забывающую» в кабинете психотерапевта сумочку или зонтик. Психотерапевт может быть уверен в том, что оговорка пациентки отражает некую неразрешенную привязанность к отцу, а ее «забывчивость» — стремление к более близким отношениям с психотерапевтом. Однако несмотря на бесспорность, с точки зрения психотерапевта, этих связей, для пациентки они являются отдаленными дериватами: логическая цепочка, связывающая наблюдаемое поведение со скрытыми желаниями, которое оно косвенно выражает, длинна, сложна и вряд ли закрепится в сознании пациентки.

С другой стороны, допустим, что в первом из приведенных примеров пациентка, вместо того чтобы говорить об отпуске, описывает проблемы во взаимоотношениях с мужем. Допустим также, что причины этих проблем кроются в ее поведении, которое больше напоминает поведение маленькой девочки, а не жены, и что ее оговорка происходит в следующем контексте: «Я все время твержу отцу — я хотела сказать мужу, — что он ждет от меня слишком многого». Затем пациентка

описывает ближний, легко поддающийся интерпретированию дериват неразрешенной привязанности к отцу (желание, чтобы муж нянчился с ней или, если смотреть глубже, желание получать от мужа отцовскую любовь), а отдаленный дериват, заключенный в ее высказывании (оговорка муж — отец) может рассматриваться как дополнительное доказательство правильности подобной интерпретации.

Ошибочные действия пациента, а также жесты, манеры, поза и другие второстепенные особенности поведения во время психотерапевтического сеанса обычно слишком далеки от отражаемых ими скрытых переживаний и от содержания беседы, чтобы их интерпретация принесла ощутимую пользу. Более того, регулярное привлечение внимания к таким деталям процесса может сделать пациента настолько скованным и погруженным в самонаблюдение, что он не сможет свободно выражать свои мысли и чувства. Если же анализ какой-то детали процесса оказывается единственным способом преодолеть сопротивление и проникнуть в конфликтную область, эту деталь следует проинтерпретировать. Однако в целом детали процесса ценны как дополнительные свидетельства правильности интерпретаций ближних дериватов и не должны занимать главенствующее положение при интерпретировании.

Когда интерпретировать

Решая вопрос о том, когда следует интерпретировать, необходимо определить *момент* и *объем* интерпретаций. Момент интерпретирования — это время, когда предлагаются интерпретации, а объем — это количество предлагаемых интерпретаций. Как отмечалось, интерпретациями ставится под сомнение поведение человека и его взгляд на мир; кроме того, вызывая неприятные мысли и чувства, интерпретации практически всегда мобилизуют защитные механизмы. Однако выбор подходящего момента и объема может помочь свести к минимуму негативное отношение пациента к интерпретациям и сформировать у него готовность к их принятию.

Момент интерпретирования

Интерпретации своевременны тогда, когда пациент готов их воспринять, а психотерапевт — предложить. Условиями готовности к восприятию интерпретаций является уровень осознания, близкий к осознанию интерпретируемого материала, а также положительный настрой по отношению к психотерапевту и психотерапевтическому процессу. Условиями готовности к интерпретированию является достаточно высокая степень уверенности специалиста в правильности интерпретаций и наличие подтверждающей ее информации.

Уровень осознания пациента

Интерпретации наиболее эффективны для передачи толкования, когда пациент находится на грани осознания и готов к нему. Это не означает, что психотерапевт должен сидеть сложа руки в ожидании, когда пациент психологически приблизится к пониманию скрытых переживаний, которые затем можно будет беспрепятственно проинтерпретировать. Задача психотерапевта — использовать вопросы,

прояснения и конфронтации, постепенно подводя пациента ближе к осознанию какого-то ранее не осознаваемого аспекта своей личности или поведения.

Пока пациент не приблизился к осознанию интерпретации, в плане расширения сферы самопонимания она практически бессмысленна. Для познания самого себя необходимо переживание интерпретации как чего-то лично значимого, а не просто чужой точки зрения, но пережить как лично значимое то, что находится далеко за пределами сознания, очень трудно. З. Фрейд (1910/1957d, р. 225) заметил в этой связи, что если наличие представлений о бессознательном было бы важно само по себе, пациенту было бы достаточно прочитать книгу или прослушать курс лекций; по его мнению, описание бессознательного избавляет от невротических симптомов не больше, чем «ресторанное меню — от голода».

Таким образом, границы самопонимания расширяет не познание абстрактных психологических истин, а открытие пациентом своих уникальных переживаний и осознание их связи со своим поведением в прошлом и настоящем. Чтобы интерпретации способствовали этому открытию, они должны производиться не раньше, чем пациент будет готов к осознанию интерпретируемого материала. Буш (Busch, 1995, chapter 2), опираясь на наблюдения Фрейда, дает ценный практический совет: «Интерпретировать “поблизости” от того, что пациент уже смутно осознает». Исследовательские данные подтверждают, что эффективные интерпретации обычно затрагивают умеренно глубокие аспекты психики пациента, то есть, не то, что лежит на поверхности, и не то, что находится далеко за пределами осознания (Hill, Thompson, & Mahalik, 1989).

Интерпретации, предлагаемые не подготовленному для их восприятия пациенту, не только не приносят пользы, но и активизируют сопротивление психотерапевтическому процессу. Интерпретации, как и погружение в холодную воду, вселяют энергию, но и перевозбуждают нервную систему, и, чтобы тщательно подготовиться к ледяной воде, человек должен пройти закалку, окунаясь во все более холодную воду. Без такой методичной и осторожной подготовки пациент может инстинктивно отвергнуть неожиданную и неприятную интерпретацию и возмутиться опрометчивостью психотерапевта. Таким образом, преждевременные интерпретации не только не способствуют самопониманию, но и формируют у пациента негативные чувства по отношению к терапевту и процессу психотерапии. Леви (Levy, 1990, chapter 1) замечает, что чрезмерно глубокие интерпретации, заставая пациента врасплох и превышая его возможности их понимания, препятствуют самопознанию и создают у пациента образ психотерапевта-волшебника, а не партнера по процессу исследования.

Негативные последствия преждевременных интерпретаций практически неизбежны, если психотерапевт усугубляет свою ошибку, настаивая на их серьезном анализе. Иногда, убежденный в собственном всеведении и огромной важности своих прозрений, терапевт начинает верить в то, что:

а) пациенту необходимо принимать любую предлагаемую им интерпретацию;
б) любые проявления равнодушия или несогласия со стороны пациента отражают сопротивление, а не ошибочность или несвоевременность интерпретаций.

Как бы ни было значимо осознание сопротивления, психотерапевт не должен перекладывать на пациента ответственность за каждую неудачную интерпретацию. Не ошибающихся психотерапевтов не существуют, а те, кто претендует на эту роль, часто препятствуют установлению позитивных рабочих отношений с пациентом. Буш (Busch, 1995, pp. 24–25) по этому поводу замечает:

> Поразительно, насколько распространены интерпретации, основанные не столько на том, что пациент способен усвоить, сколько на том, что способен понять психотерапевт. Мы слишком часто путаем нашу способность разбираться в бессознательном со способностью пациента его понимать.

Преждевременное интерпретирование, кроме того, ослабляет воздействие, которое интерпретация могла бы оказать в дальнейшем, когда пациент был бы готов к ее восприятию. Интерпретации, в которых присутствует новизна, более эффективны, чем интерпретации, в которых повторяется то, что пациент уже обдумал и нашел неприемлемым. Снижение эффективности правильных интерпретаций особенно часто происходит тогда, когда преждевременное интерпретирование вызвало защитную реакцию. В этом смысле преждевременные интерпретации можно сравнить со стрельбой с большого расстояния, не позволяющего поразить цель; к моменту сокращения дистанции жертва успевает подготовиться к обороне. Чтобы точные интерпретации в полной мере повлияли на подготовленного к ним пациента, они не должны быть скомпрометированы предшествующими неудачными пробами.

Настрой пациента

Говоря о настрое пациента, следует отметить, что максимальную пользу из интерпретаций он извлекает при отсутствии сопротивления психотерапевтическому процессу и при положительном отношении к психотерапевту. Сопротивление — это средство борьбы против тревоги, которую обычно вызывает психотерапия, а уровень толерантности к дополнительной тревоге, порождаемой интерпретированием, у сопротивляющегося пациента довольно низок. Сопротивление и восприимчивость взаимно исключают друг друга, поскольку пациенты, испытывающие беспокойство по поводу участия в психотерапии, не могут сосредоточиться на самопознании. Поэтому в период выраженного сопротивления интерпретации должны концентрироваться на самом сопротивлении и помогать пациенту в понимании своей негативной реакции на процесс психотерапии и в преодолении этой реакции.

Позитивные чувства к психотерапевту, как и отсутствие сопротивления по отношению к процессу психотерапии, напротив, создают благоприятные условия для интерпретирования. Чувствуя, что психотерапевт его уважает и стремится быть ему полезным, пациент, скорее всего, будет тщательно обдумывать интерпретации, даже если это для него неприятно. Пациент же, одолеваемый сомнениями относительно того, уважает ли его психотерапевт и стремится ли он ему помочь, будет склонен воспринимать интерпретации как критику и защищаться, реагируя на них[8].

Под позитивными чувствами, необходимыми для поддержания восприимчивости пациента к интерпретациям, подразумевается доверие к психотерапевту и

благодарное отношение к нему за его усилия, но не привязанность или любовь. Хотя некоторые аспекты позитивного переноса облегчают психотерапевтическую работу, пациенту не нужно любить психотерапевта, чтобы терпимо относиться к предлагаемым им интерпретациям; пациенту достаточно чувствовать, что психотерапевт искренне уважает его как личность и пытается оказать помощь. Более того, поскольку интерпретации служат конкретным доказательством действий в интересах пациента, они могут помочь в формировании и поддержании позитивного отношения пациента к психотерапевту. Таким образом, своевременные интерпретации, хотя и вызывают у пациента неприятные переживания, помогают сохранить эффективный рабочий альянс и содействуют восприимчивости пациента к последующим интерпретациям.

Уверенность психотерапевта

Психотерапевт должен быть достаточно уверен в правильности своих интерпретаций и иметь соответствующие доказательства. Важность правильных интерпретаций очевидна: они помогают пациенту узнать о себе что-то новое и свидетельствуют о том, что психотерапевт способен его понять. Неправильные интерпретации, напротив, из-за несоответствия прошлому и настоящему пациента не ведут к самопониманию и дают пациенту право усомниться в способности психотерапевта понять его и оказать ему помощь.

Возможность неприятных последствий неправильных интерпретаций не должна служить психотерапевту поводом для отказа от любых интерпретаций, пока он не убедился в их бесспорном соответствии действительности. Дело лишь в том, что предпочтение следует отдавать интерпретациям, имеющим более серьезную доказательную базу, и что они должны формулироваться в соответствии со степенью их достоверности. Интерпретации, в правильности которых психотерапевт небезосновательно уверен, можно начать словами: «Теперь кажется очевидным, что вы...». Не будучи уверенным в правильности интерпретации, но имея некоторые основания для своей точки зрения, психотерапевт может начать со слов: «Вероятно...» или «Мне кажется, что...». Желая лишь проверить смутные догадки, не подкрепленные убедительными доказательствами, психотерапевт поступит разумно, если начнет интерпретацию следующим образом: «Существует ли вероятность того, что...?» или «Мне пришла в голову одна мысль, которую я хотел бы с вами обсудить».

Тем не менее результаты исследований свидетельствуют о наличии «критерия согласия», то есть связи между эффективностью интерпретаций и их точным отражением сознательных и бессознательных потребностей и тревог пациента (Silberschatz, Curtis, & Nathans, 1989; Silberschatz, Curtis, Sampson, & Weiss, 1991; Silberschatz, Fretter, & Curtis, 1986). Было также показано, что степень соответствия интерпретаций независимо от поставленных клинических диагнозов, положительно связана с пользой, которую пациент извлекает из психотерапии; кроме того, точность интерпретаций, как оказалось, не только повышает шансы на удачный исход, но и укрепляет психотерапевтический альянс (Crits-Christoph, Barber, & Kurcias, 1993; Crits-Christoph, Cooper, & Luborsky, 1988). Наличие связи между качеством интерпретирования и результатами психотерапии подтверждают и другие авторы (Piper, Joyce, McCallum & Azim, 1993).

Луборски (Luborsky, 1996), основываясь на исследовательских данных, заключает, что точность интерпретаций является одним из «лечебных факторов», тесно связанных с исходом психотерапии; кроме того, есть основания утверждать, что компетентное интерпретирование приносит пользу помимо той, которую приносит психотерапевтический альянс (Barber, Crits-Christoph, & Luborsky, 1996).

Подтверждение интерпретаций

Последнее, о чем необходимо помнить, решая, следует ли в определенный момент предложить пациенту интерпретацию, которая представляется правильной, — это фактическое подтверждение ее значимости для пациента. Наличие подтверждений является необходимым условием эффективности интерпретации, поскольку пациент редко встречает с энтузиазмом даже правильные и своевременные интерпретации. В действительности, поспешное и воодушевленное согласие («Конечно, вы абсолютно правы; все именно так и происходит, и сейчас я это ясно понимаю») часто оказывается средством для избегания дальнейшего анализа ситуации и должно настораживать психотерапевта. Пациент, незамедлительно и безоговорочно соглашающийся с интерпретациями, по сути говорит, что предположения психотерапевта настолько точны, исчерпывающи и убедительны, что дальнейшее их рассмотрение не имеет смысла, а это вряд ли соответствует действительности.

Если же пациент готов к анализу интерпретации, а не избегает ее, то в его ответе будет звучать не безусловное согласие, а сочетание повышенного внимания («Я никогда об этом раньше не думал»; «Когда вы это сказали, меня охватила тревога, поэтому в ваших словах, наверное, действительно что-то есть»), рассуждения («Интересно, не причина ли это моего страха перед новыми знакомствами?»; «Это напоминает мне чувства, которые я испытывал к своей школьной учительнице») и сомнений («Я не совсем понимаю, как вы пришли к такому выводу»; «Как это объясняет мои чувства к жене?»).

В ответ на вопросы пациента, касающиеся интерпретации, у психотерапевта должно быть готово доказательство, основанное на том, что происходило во время психотерапевтических сеансов. Такие вопросы могут переадресовываться самому пациенту («А что вы думаете по этому поводу?»). Иногда они оказываются проявлением сопротивления, а не стремлением получить дополнительную информацию. Однако не следует видеть сопротивление в малейшем сомнении пациента; для выполнения своей задачи пациенту необходима информация. Рассмотрим следующий пример: психотерапевт только выразил мнение, что пациентка в отношениях с мужчинами ставит себя в подчиненное положение, а затем презирает их за это:

Пациентка: Я не совсем поняла, как вы пришли к такому заключению.

Психотерапевт: Так же складывались отношения и с тремя другими мужчинами, о которых мы говорили: сначала с отцом, затем — с мужем, и теперь — со мной.

Пациентка: Я начинаю понимать, что вы имеете в виду. (*Пауза.*) Да, я веду себя именно так. Но как это объясняет то, что меня раздражают успехи мужа на работе?

Психотерапевт: Он мужчина, а вы склонны принижать себя в отношениях с мужчинами, а затем презираете их за превосходство над вами.

Пациентка: Значит, я презираю его. (*Пауза.*) Поэтому мне неприятны его успехи. И это моя вина, потому что я чувствую себя обязанной подчиняться мужчинам, чтобы угодить им, как в отношениях с отцом. Так?

Обратите внимание на то, что в своих ответах на вопросы пациентки психотерапевт не разъясняет все подробности своих умозаключений. Эти ответы дают пациентке информацию, лишь частично доказывающую правильность интерпретации, и побуждают ее к самостоятельному поиску причинно-следственных связей. На дополнительные вопросы пациентка получила бы дополнительные доказательства, пока она не стала бы засыпать психотерапевта вопросами, не имеющими отношения к делу, что свидетельствовало бы о ее попытке избежать осознания значения интерпретации.

Если психотерапевт не в состоянии подтвердить правильность интерпретации тем, что известно и ему и пациенту, интерпретацию лучше всего не озвучивать, или, в крайнем случае, сформулировать ее как предварительную гипотезу. В противном случае психотерапевта ожидают те же последствия, что и в ситуации преждевременного интерпретирования. Выдавая интерпретацию за факт, который он не может обосновать, психотерапевт создает в глазах пациента образ себя как легкомысленного человека; при этом снижается как качество психотерапевтических отношений, так и эффективность своевременных интерпретаций. Опрометчивое интерпретирование, не имеющее доказательной основы, являет собой пример упомянутого ранее «примитивного анализа», которого психотерапевту следует всячески избегать.

Особое значение имеет вероятность того, что неудачные результаты психотерапии, вследствие неправильного использования интерпретаций, в частности при различных формах примитивного анализа, будут ошибочно объясняться неэффективностью данного метода. Во избежание этого ложного впечатления, психотерапевт, и в клинической практике, и при чтении специальной литературы, должен основывать свои выводы об эффективности интерпретационной психотерапии только на случаях ее правильного проведения; неправильно проведенную психотерапию следует рассматривать как свидетельство неопытности или некомпетентности психотерапевта, а не как основание для вынесения оценочных суждений об используемом методе.

Дозирование интерпретирования

Эффективное интерпретирование должно быть ограничено определенным количеством интерпретаций на единицу времени, в зависимости от уровня толерантности к ним пациента. Как отмечалось, интерпретации обычно вызывают тревогу и защитные реакции. Поток интерпретаций, обрушивающийся на пациента, приводит к нарастанию тревоги, что лишает пациента возможности уделить интерпретациям должное внимание, и к мобилизации защитных механизмов, что препятствует его продуктивному участию в психотерапевтическом процессе. Интерпретирование должно производиться только тогда, когда психотерапевт уверен в способности пациента перенести тревогу, вызываемую интерпретацией; а переход к следующей интерпретации должен осуществляться только после преодоления

защит, мобилизованных первой предшествующей интерпретацией. Исследовательские данные свидетельствуют о наличии обратной зависимости между частотой интерпретаций и интенсивностью коммуникации: чем чаще интерпретирует психотерапевт, тем менее пациент склонен анализировать предлагаемые интерпретации (Langs, Bucci, Udoff, Cramer, & Thomson, 1993).

Зная о характере вызываемых интерпретированием реакций, можно через изменения его объема регулировать поведение пациента во время психотерапевтического сеанса. Так, если психотерапевт считает, что пациенту следует поменьше говорить или давать менее подробные ответы, то он может предложить интерпретацию. Если же психотерапевт, напротив, хотел бы, чтобы пациент стал общительнее и естественнее, то ему следует ограничить свое вмешательство замечаниями и прояснениями, избегая интерпретаций. Точно так же, если с точки зрения психотерапевта пациенту полезно продвинуться в направлении самопонимания, проявить тревогу или защитную реакцию или же проанализировать отношения с психотерапевтом, вмешательство должно осуществляться в форме интерпретации. Если психотерапевт предпочел бы, чтобы пациент говорил свободно, проявляя минимум тревоги и защит, ему следует использовать какой-то другой вид вмешательства.

Таким образом, правильно подобранный объем интерпретирования зависит от нужд конкретного пациента на определенном этапе психотерапии. В целом при выборе объема интерпретирования психотерапевту следует избегать интерпретаций, когда у пациента отсутствует возможность на них отреагировать. Если пациент услышит интерпретацию в начале или в середине сеанса, у него будет время для ее анализа и преодоления вызванного ею дискомфорта, тогда как интерпретация, услышанная в последние минуты беседы, лишает пациента возможности обсудить ее с психотерапевтом и оставляет его наедине со своими сомнениями до следующего сеанса.

Безусловно, можно привести множество доводов в пользу самостоятельного анализа пациентом предлагаемых интерпретаций и самостоятельного преодоления неизбежно сопутствующего этому дистресса. Однако обдумывание пациентом интерпретаций должно происходить помимо, а не вместо обдумывания их с психотерапевтом; а дискомфорт пациента должен возникать как естественное следствие его решения глубже изучить самого себя, а не как мучительное переживание, искусственно и без необходимости вызванное несвоевременным интерпретированием.

Психотерапевт должен стараться не перегружать интерпретациями заключительную часть сеанса, а также период, непосредственно предшествующий прерыванию курса психотерапии. Если в течение курса предвидится отпуск или другое событие, нарушающее психотерапевтическую работу, последний перед перерывом сеанс следует посвятить анализу достигнутого и закреплению полученных результатов, а не разработке новых тем. Пациенты обычно сами чувствуют, что сеанс, предшествующий перерыву, — не слишком удачное время для рассмотрения новых проблем, и поэтому в своем разговоре ограничиваются прозаическими и несложными вопросами. На данном этапе психотерапевту следует поддержать эти

темы и не интерпретировать поверхностность пациента как сопротивление. Исключение составляют лишь случаи, когда пациент намекает на некие невыраженные чувства по отношению к психотерапевту, по вине которого происходит прерывание курса. Во избежание перерастания этих чувств в негативную реакцию переноса, которая будет препятствовать возобновлению психотерапии, к ним должно быть немедленно привлечено внимание, даже если время не позволяет их в полной мере проанализировать. Распознание переноса и реагирование на него в подобных обстоятельствах более подробно рассматривается в главе 10.

Как интерпретировать

Для эффективной интерпретационной работы психотерапевт должен подготавливать пациента к каждой планируемой интерпретации, побуждать его к самостоятельному интерпретированию и оценке интерпретаций, а также формулировать интерпретации как можно более лаконично и метко. Следование этим принципам, как мы увидим, позволит извлечь максимум пользы из правильного выбора предмета и времени интерпретирования.

Подготовка пациента

В предыдущем разделе, посвященном выбору подходящего времени интерпретирования, подчеркивалось, что его необходимо делать только тогда, когда пациент находится на грани осознания интерпретируемого материала. Наиболее эффективны интерпретации, затрагивающие то, что примыкает к сфере осознания. Поэтому для эффективного интерпретирования психотерапевт должен пытаться сделать так, чтобы мысли, чувства или действия пациента, которые следует проинтерпретировать, оказались в зоне предсознания. При простом выслушивании пациента и ожидании того момента, когда он самостоятельно подойдет к осознанию чего-либо, возможность своевременного интерпретирования предоставляется довольно редко. Психотерапевт должен методично подводить пациента к интерпретациям, соответствующим конкретному случаю.

Подготовка пациента к интерпретации обычно производится через последовательность все более глубоких вмешательств: сначала — вопросы и прояснения, затем — конфронтации, и в завершение — интерпретации. Представленный ниже диалог служит примером такой последовательности:

Пациент: У нас было рабочее совещание, и мы все собрались в тесной комнате. Потом выключили свет, чтобы показать слайды. Я так разнервничался, что не смог этого вынести.

Психотерапевт: Что же произошло? [Вопрос.]

Пациент: Я просто не мог этого вынести, я весь вспотел, меня начало бросать в дрожь, я встал и вышел. Я знаю, что начальник меня за это отчитает.

Психотерапевт: Вы так разнервничались и встревожились, что больше не могли находиться в комнате, хотя знали, что если вы выйдете, то у вас будут неприятности. [Прояснение.]

Пациент: Да... Что меня так испугало, если я сделал такую глупость?

Психотерапевт: Мы уже говорили с вами о других случаях, когда, находясь в тесноте с другими мужчинами, вы испытывали тревогу. Первый раз — в армии, а другой — в общежитии колледжа. [Конфронтация.]

Пациент: Да, это повторилось.

Психотерапевт: И если я прав, как бы тесно ни было, этого никогда не происходит, когда вокруг и мужчины, и женщины. [Конфронтация.]

Пациент: М-м... Да, верно.

Психотерапевт: Создается впечатление, что вас особенно тревожит ситуация физической близости с мужчинами, особенно в темноте, как будто должно произойти нечто ужасное. [Интерпретация.]

Пациент (*пауза*): Я думаю, вы правы... и я знаю, что физически не боюсь других мужчин. Вы считаете, что это связано с сексом, с гомосексуализмом?

Эта последовательность иллюстрирует несколько характерных особенностей интерпретационного процесса. Во-первых, обратите внимание на то, что ее не завершает драматичный вывод психотерапевта, встречаемый пациентом с восторгом и благодарностью. Клиницисты редко сталкиваются с чем-либо подобным на практике. Психотерапевт постепенно переходит от описания (тревога пациента в тесном, темном помещении в обществе мужчин) к прояснению, от прояснения к конфронтации, указывающей на сходство описанного случая с другими ситуациями в жизни пациента, и от конфронтации к интерпретации, позволившей пациенту сделать небольшой шаг в направлении более глубокого понимания самого себя (признание очевидного факта страха перед последствиями ситуации близости мужчин).

Во-вторых, заметьте, что цель интерпретации не только в обобщении сказанного ранее, но и в открытии новых направлений анализа («Вы думаете, это связано с сексом?»). Интерпретация взаимосвязей и отношений, до этого находящихся за пределами сознания пациента, с момента ее произнесения психотерапевтом и принятия пациентом может использоваться как конфронтация, прокладывающая путь для последующих интерпретаций. В предыдущем примере психотерапевт не идет дальше того, что отмечает страх пациента перед обществом мужчин. Затем пациент, согласившийся с этой интерпретацией, использует ее как основу для развития новой темы, возможных гомосексуальных переживаний, которая может послужить мотивом для следующей последовательности вопросов, прояснений, конфронтаций и интерпретаций.

В-третьих, обратите внимание на активность пациента в формулировании интерпретации и при анализе ее значения. Владея соответствующей информацией, психотерапевт мог бы сам развить интерпретацию: «Может ли быть так, что в подобных ситуациях вас заставляет нервничать возможность гомосексуальных действий?» Однако это означало бы сделать больше того, что необходимо и продуктивно. Удачно построенная интерпретационная последовательность побуждает пациента предпринимать следующий шаг самостоятельно, как в нашем примере. Если интерпретационная последовательность слишком далека от истины или вызывает настолько сильную тревогу, что препятствует активности пациента, давление со стороны психотерапевта, скорее всего, приведет не к осознанию, а к на-

растанию сопротивления. Более того, психотерапевт, которому «удается» навязать то, к чему пациент не готов, препятствует, а не способствует его участию в интерпретационном процессе в качестве полноправного партнера[9].

Содействие активному участию пациента

Активное участие пациента в интерпретационном процессе является необходимым условием выбора правильного направления и интерпретирования и всей психотерапии. Интерпретации, в конечном счете, — альтернативные гипотезы. Они позволяют пациенту взглянуть на себя и на свой опыт с разных точек зрения; в меткой интерпретации личность, эмоциональное состояние и прошлое пациента отражаются четче, чем в его сознании. Однако эффективной интерпретацию делает не формулирование ее психотерапевтом, а то, что пациент сам для себя объясняет ее смысл. При отсутствии участия пациента в формулировании и оценке интерпретации она редко оказывается эффективной.

Точно так же как интерпретации следует рассматривать в качестве альтернативных гипотез, а не приговора, психотерапевтических пациентов следует считать партнерами по исследовательской работе, а не студентами, присутствующими на лекции. Пациент имеет право не только оценивать точность и пользу интерпретации, но и участвовать в построении интерпретационной последовательности. Внося свой вклад в рабочий процесс, пациент убеждается в своей способности к самопознанию и начинает чувствовать себя хозяином, а не жертвой собственной судьбы. Интерпретации, до которых с помощью психотерапевта пациент дошел сам, оказывают большее воздействие и дают более стойкие положительные результаты, чем интерпретации, предлагаемые пациенту в завершенном виде. Пациент, с которого снимается ответственность за интерпретирование, оказывается в роли опекаемого и лишается ценной возможности самостоятельно открыть в себе что-то новое.

Роль пациента в интерпретационном процессе можно проиллюстрировать, используя введенное в главе 4 разграничение между переживающим и наблюдающим «Я». Напомним, что одно из состояний человека или одна из его особенностей характеризуется тем, ориентируется он на переживание или на наблюдение за самим собой; полноценное существование обычно предполагает гармоничное сочетание двух этих аспектов. Чрезмерная склонность к самонаблюдению приводит к скованности и препятствует спонтанности, так что человек теряет способность думать, чувствовать или делать что-то без оглядки. Чрезмерная склонность к самопереживанию выражается в беспечном погружении в мир собственных мыслей и чувств и в некритичном следовании первым побуждениям, без учета их значения и последствий. Чтобы интерпретация приобрела для пациента личное значение, которое закрепилось бы в его сознании, психотерапевт должен иметь возможность при необходимости обращаться и к переживающему, и к наблюдающему аспекту его личности.

Продумывая интерпретационную последовательность, с тем чтобы помочь пациенту вновь прочувствовать и описать события, которые станут предметом прояснений, конфронтаций и интерпретаций, психотерапевт должен подчеркнуть значение переживающего «Я» пациента. Однако когда почва для интерпретации

подготовлена, психотерапевт должен переключить внимание на наблюдающее «Я» и установить с ним контакт, для того чтобы обеспечить участие пациента в интерпретационном процессе.

Для установления такого контакта психотерапевту необходимо прежде всего дать понять, что у него сформировалось определенное впечатление о сложившейся ситуации в жизни пациента. Затем, уточнив этот момент, психотерапевт должен отметить, что, мысленно присоединившись к нему в роли наблюдателя, пациент сможет оценить эти впечатления. Побуждая таким образом пациента выполнять функции и переживания, и наблюдения, психотерапевт активно способствует его участию в интерпретационном процессе. Приведенный ниже диалог служит примером попытки активно вовлечь в работу наблюдающее «Я» пациентки.

Пациентка: Мне хотелось бы понять, почему люди меня используют; все всегда кончается тем, что я делаю так, как нужно им, а не мне.

Психотерапевт: Судя по вашему рассказу, дело не столько в том, что вас используют, сколько в том, что вы всегда идете на поводу у других людей, не говоря о своих желаниях и стремлениях. Что вы об этом думаете, может ли такое быть? [Обращенный к пациентке призыв отделить наблюдающее «Я» от переживания того, что ее используют, для изучения этого переживания вместе с психотерапевтом.]

Пациентка: Я никогда об этом не задумывалась, но полагаю, что веду себя именно так. Я как бы прошу людей принимать за меня решения, не делая этого самостоятельно.

Психотерапевт: То есть вы не пассивная жертва. [Обращение к пациентке рассмотреть вероятность того, что причины ее трудностей кроятся в ней самой, а не в других людях, как она считала раньше.]

Пациентка: Да, думаю, что если посмотреть на происходящее с этой стороны, то я сама создаю такую ситуацию тем, что не высказываю своего мнения и не пытаюсь повлиять на уже принятое решение. Но почему я не говорю людям о своих чувствах и желаниях, особенно друзьям?

Психотерапевт: А как вы сами думаете?

В этом диалоге было активировано наблюдающее «Я» пациентки, что помогло ей узнать о себе нечто новое, а именно: что ее подчиненное положение, по крайней мере частично, обусловлено ее поведением; теперь пациентка находится на грани осознания того, что ее пассивность в межличностных отношениях выполняет функцию защиты — избегание вызывающего тревогу зрелого поведения. Таким образом, имеются все предпосылки для исследования конфликта и защитных реакций в этой сфере.[10]

Еще один метод привлечения пациента к активному участию в интерпретационном процессе — метод *частичной интерпретации*. Частичное интерпретирование подразумевает предложение сокращенного варианта интерпретации с целью побудить пациента к ее самостоятельному завершению. В предыдущем примере такой частичной интерпретацией явилась фраза психотерапевта: «То есть вы не пассивная жертва». Полная интерпретация на этот момент могла бы звучать следующим образом: «Иными словами, вы не пассивная жертва действий других

людей; вы не высказываете свое мнение и не пытаетесь повлиять на уже принятые решения, и именно ваша нерешительность заставляет других принимать решения за вас». В действительности же психотерапевт ограничился кратким «То есть вы не пассивная жертва», а пациентка, будучи активной участницей интерпретационного процесса, сформулировала окончание интерпретации своими словами[11].

Частичная интерпретация не всегда приводит к успеху, как в приведенном примере, даже если полная интерпретация, элементом которой она является, верна и своевременна. Иногда упорство пациента вызвано его нежеланием осознать смысл интерпретации, а иногда, движимый потребностью в зависимости и манипулировании, пациент уклоняется от ответственности и ждет, когда всю работу за него сделает психотерапевт. В таких случаях частичную интерпретацию целесообразно дополнить фразами, подталкивающими пациента к полному осознанию ее смысла. Приведенный выше диалог мог бы тогда развиваться в следующем направлении.

Психотерапевт:	То есть вы не пассивная жертва.
Пациентка:	Что вы имеете в виду? (*Психотерапевт молчит.*) Вы, наверное, думаете, что я сама навлекаю на себя неприятности. Но как, по-вашему, я это делаю?
Психотерапевт:	Кто-то должен принимать решения.
Пациентка:	Вы считаете, что люди принимают за меня решения, потому что я не высказываю свое мнение? Но почему я его не высказываю?
Психотерапев:	Действительно, почему?
Пациентка:	Теперь я понимаю, к чему вы клоните. У меня есть какие-то причины не рассказывать людям о своих чувствах и желаниях.
Психотерапевт:	Что вы думаете по этому поводу?

Этот гипотетический вариант диалога заметно отличается от первого, реального. Пациентка так же склонна к анализу своего поведения и готова к исследованию его защитной функции. Однако, то ли в силу действия сопротивления, то ли по причине наличия переноса, она не готова к такому быстрому продвижению в направлении самопонимания и нуждается в помощи со стороны психотерапевта. Психотерапевт помогает пациентке, но не за счет подавления ее активности. После частичной интерпретации психотерапевт сначала молчит, а затем делает два коротких замечания («Кто-то должен принимать решения»; «Действительно, почему?») и таким образом подводит пациентку к ответу, который в предыдущем примере прозвучал несколько раньше.

Частичными интерпретациями можно, практически ничего не теряя, добиться многого. Если они незамедлительно вызывают полноценный ответ, как в первом из двух примеров, то позволяют сэкономить время, а пациент получает возможность самостоятельно сформулировать собственные представления о самом себе. Если же они достигают цели не сразу, как во втором случае, то все что необходимо, это дополнить их соответствующими комментариями и объяснениями. Последнее — поэтапное развертывание интерпретации через серию кратких замечаний — требует от психотерапевта определенного терпения, однако не больше, чем

это обычно необходимо для уменьшения сопротивления пациента и вовлечения его в психотерапевтический процесс. Кроме того, если интерпретация неправильна или несвоевременна, ее поэтапное развитие дает психотерапевту возможность распознать и скорректировать свои ошибки прежде, чем он успел на свой страх и риск сформулировать окончательный вариант интерпретации, оказавшийся неверным или неуместным.

Формулирование интерпретаций

Интерпретации — это обоснованные, но не бесспорные выводы, и их эффективность, как только что отмечалось, обычно зависит от того, насколько активное участие в интерпретационном процессе принимает пациент. Поэтому интерпретации должны быть осторожными, сформулированными как нечто вероятное, но не безусловно справедливое, а также — лаконичными, то есть содержащими ровно столько слов, сколько необходимо для того, чтобы выразить свою мысль и побудить пациента к ответу.

Осторожное формулирование интерпретаций

Главное, о чем следует помнить при формулировании интерпретации, это то, что она представляет собой гипотезу, а не вывод. Вывод не допускает ошибочности и подразумевает всеведение психотерапевта; кроме того, исключая возможность совместного участия в его формулировании, он делает пациента пассивным реципиентом. Чтобы избежать этих нежелательных последствий, свои интерпретации психотерапевт должен предварять вводными выражениями, указывающими на гипотетический характер интерпретации: «Мне кажется, что...»; «Вероятно,...»; «Создается впечатление, что...»; «Интересно, возможно ли что...»; «Может ли быть так, что...»; «Все выглядит так, будто...»; «Возможно это объясняется тем, что...»[12].

Предваряемые таким образом интерпретации дают возможность альтернативных объяснений и побуждают пациента к сравнению этих альтернатив с тем, что как возможное или вероятное предлагает психотерапевт. Бывает, пациент не воспринимает интерпретацию как гипотезу или не замечает, что ему предлагается ее оценить. В этом случае он будет заявлять: «Если вы так считаете, полагаю, так оно и есть». Любая подобная реакция на интерпретацию, открытая или скрытая, требует немедленного вмешательства психотерапевта для предотвращения перехода пациента к пассивной роли. В зависимости от обстоятельств, это вмешательство может быть направлено либо на особенности поведения пациента в процессе (возможно, его согласие отражает подчинение психотерапевту или упорное сопротивление психотерапии), либо на содержание реакции. На уровне содержания психотерапевт, пациент которого пассивно реагирует на осторожную интерпретацию («Если вы так считаете, наверное, так оно и есть»), должен еще раз подчеркнуть важность активной позиции самого пациента: «То, что я так думаю, не делает это правдой». Это краткое замечание предполагает, что:

а) психотерапевт не всеведущ;
б) выводы о пациенте значимы только в свете их оценки пациентом;
в) следующий шаг в исследовании правильности интерпретации — за пациентом.

Если же такое замечание не приводит к пониманию всего того, что оно подразумевает, психотерапевт может последовательно, в приемлемом для пациента темпе, по отдельности проработать каждый из пунктов.

Поскольку, делая краткие замечания и производя частичные интерпретации, психотерапевт обычно высказывается напрямик («То, что я так думаю, не делает это правдой»; или из предыдущего примера: «То есть вы не пассивная жертва»), они отличаются от интерпретаций, которые требуют определенной осторожности. Краткие замечания и частичные интерпретации содержат информацию, в которой психотерапевт практически полностью уверен, и служат пациенту стимулом для самонаблюдения. Интерпретации же — это выводы, в которых пациенту предлагается некое значение того, что пациент наблюдает вместе с психотерапевтом. Психотерапевт может быть весьма настойчив и бескомпромиссен, пока ведет пациента в направлении самопонимания, побуждая его к всестороннему самонаблюдению. Однако когда приходит время передать это понимание, психотерапевт должен отдать предпочтение осторожному предположению, а не безоговорочному утверждению.

Стремясь придать интерпретациям гипотетический характер, психотерапевт должен позаботиться о разнообразии формулировок. Если каждую интерпретацию он будет начинать: «Может ли быть, что...» или «Создается впечатление, что...», его работа станет автоматичной и стереотипной. Стереотипное поведение психотерапевта может привести к тому, что пациент будет обращать внимание не столько на его слова, сколько на используемые им методы. Кроме того, чем более формально психотерапевт подходит к своим обязанностям, тем меньше вероятность того, что пациент будет воспринимать его как человека, который стремится понять его индивидуальные особенности и нужды. Используя штампы, психотерапевт сам может быстро потерять бдительность и интерес к общению с пациентом. Поэтому существуют определенные преимущества в постоянной смене используемых выражений, как при интерпретировании, так и при других формах психотерапевтической деятельности.

Краткость интерпретаций

Если говорить о количестве слов, используемых при формулировании интерпретаций, следует еще раз обратить внимание на то, что психотерапевт должен высказывать не больше того, что может помочь пациенту осознавать себя. Слова психотерапевта не важны сами по себе; они важны лишь в той мере, в какой помогают пациенту достичь целей психотерапии. Демонстрирование эрудиции — занятие, уместное в университетской аудитории, а не в психотерапевтическом кабинете. Чем меньше об обсуждаемой проблеме скажет психотерапевт, тем больше о ней скажет пациент, так как

а) у него будет больше времени и

б) у него останется больше незатронутых вопросов.

И именно то, что говорит пациент, позволяет ему ощутить себя активным участником познания самого себя. Поскольку многоречивость психотерапевта ограничивает участие пациента в психотерапевтическом процессе, она, за редкими исключениями, несовместима с продуктивностью психотерапевтической работы[13].

Оценка эффективности интерпретации

Если интерпретация эффективна, пациент принимает ее, понимает и использует как стимул к дальнейшему самопознанию. Из всех трех признаков эффективности интерпретации первый — самый важный. Пациент только тогда сможет добиться каких-либо стойких положительных изменений, когда, найдя подтверждение интерпретации в своем прошлом или поняв ее значение для своего настоящего и будущего, воспримет ее содержание как часть своего «Я». Если такого принятия не происходит, любое декларируемое понимание или мнимое использование интерпретации превращаются в абстракцию, не связанную с расширением сферы самопонимания.

Принимается ли интерпретация?

О том, принимается ли интерпретация, обычно можно судить по реакции на нее пациента. Например, пациент отвечает на интерпретацию следующим образом: «Да, я думаю, вы правы» или: «Когда вы это сказали, я сразу почувствовал, что так оно и есть». Как правило, такие высказывания свидетельствуют о согласии с интерпретацией, а второй ответ в особенности позволяет предположить, что интерпретация созвучна переживаниям пациента. С другой стороны, иногда за такими ответами кроются другие мотивы.

Во-первых, пациенты, предпочитающие занимать подчиненную позицию или движимые желанием угодить психотерапевту, могут подтверждать все, что бы он ни сказал. «Да» в этом случае означает не столько согласие пациента с интерпретацией, сколько его нежелание оспаривать точку зрения психотерапевта. Во-вторых, пациент, воспринявший интерпретацию как угрозу, может согласиться с ней только ради того, чтобы закрыть эту болезненную тему, так же как некоторые стремятся покончить со спором, просто согласившись с оппонентом. Таким образом, особенно при отсутствии опыта участия в психотерапии, достаточного для того, чтобы оценить терпение и настойчивость психотерапевта, пациент может согласиться с неприятной интерпретацией не по причине ее принятия, а потому, что он надеется тем самым покончить с обсуждением тревожащей его темы.

Признаки того, что пациент, говорящий «Да», в действительности имеет в виду что-то другое, следует искать в процессуальных аспектах его поведения. Иногда само подтверждение звучит неестественно: пациент, например, соглашается поспешно, без раздумий или, напротив, недовольно, неохотно. Иногда психотерапевту удается распознать в поведении пациента установки, заставляющие соглашаться, в действительности не принимая, например, желание угодить психотерапевту.

Об искренности выражаемого согласия с интерпретацией можно судить не только по процессуальным признакам, но и по тому, о чем пациент говорит после одобрения. Интерпретации, согласующиеся с точки зрения пациента с его «Я», стимулируют новые ассоциации и заставляют пациента исследовать новые темы. Если же пациент соглашается с интерпретацией, но затем переходит к другому вопросу, не высказав никаких идей или соображений, связанных с ней или подсказанных ею, интерпретация, вероятнее всего, не была принята, то ли из-за сопротивления пациента, то ли из-за ее несоответствия действительности, несвоевременности или неудачной формулировки.

Психотерапевту также следует помнить о том, что иногда пациент не соглашается с интерпретацией, которую считает верной. Пациенты, по характеру упрямые или опасающиеся зависимости, негативно настроенные по отношению к психотерапевту или приведенные в уныние тем, что им было сказано, могут отвергать интерпретацию, не желая соглашаться с другим человеком, доставлять удовольствие психотерапевту, подтверждая его проницательность, или продолжать обсуждение затронутой темы. Признаки наличия подобных мотивов создают вероятность того, что отвергнутая интерпретация попала в цель, особенно если пациент продолжает рассуждать о ней так, что это не оставляет сомнений в ее значимости для него.

Понята ли интерпретация?

Обратимся теперь ко второму критерию эффективности интерпретации: чтобы вынести пользу для себя из интерпретации, пациент должен сначала ее понять. Понимание интерпретации предполагает способность видеть, как согласуются между собой подтверждающие ее факты и как она объясняет некоторые мысли, чувства и действия, которые раньше казались странными и необъяснимыми. Пациенты, понявшие интерпретацию, обычно в состоянии продемонстрировать свое понимание, сформулировав ее своими словами:

> Позвольте мне немного подумать... да, я понял. Я стал ему неприятен, потому что вел себя по отношению к нему недоброжелательно. Но он меня не раздражал, я просто опасался, что, дай я ему возможность, он меня унизит. И это тема возникала на наших сеансах уже четыре или пять раз. Вы, должно быть, правы. Я действительно боюсь не понравиться людям или быть отвергнутым ими и защищаюсь, отвергая их первым. Это объясняет, почему мне никак не удается завести друзей и поддерживать дружеские отношения.

Психотерапевт должен стараться распознать такие проблески понимания в ответе пациента на интерпретацию или вызывать их, если они не появляются сами («Интересно, что вы думаете об этой возможности?»; «Вы ничего не сказали о том, что означает для вас эта связь»). Как отмечалось, декларируемое понимание при отсутствии принятия не имеет смысла. Аналогично этому, неспособность продемонстрировать понимание интерпретации, с каким бы энтузиазмом она ни была принята, свидетельствует о том, что для достижения эффективности необходимы дополнительные усилия.

Неполное понимание принятой интерпретации может означать, что согласие с ней пациента мотивировано не истинным восприятием ее как достоверного факта, а какими-то другими обстоятельствами, о которых говорилось выше. В этом случае, пока психотерапевт не сможет проанализировать причины, по которым пациент ответил «Да», имея в виду «Нет», он должен отложить рассмотрение интерпретации. Однако неспособность пациента понять принятую интерпретацию может быть также обусловлена временным подавлением наблюдающего «Я»; то есть пациент внезапно остро ощущает правильность интерпретации, хотя и не может точно объяснить, почему он считает ее верной.

Несмотря на то что «ощущение» правильности интерпретации убедительно доказывает ее точность, она не будет в полной мере эффективна, пока пациент не

способен к логическому рассуждению о ней. Эмоциональное переживание, каким бы сильным оно ни было, преходяще. Чтобы учиться на своем опыте, человек должен не только испытать что-то, но и понять, почему он это испытал, что означают его переживания и как они отразятся на последующем опыте. Иногда, чтобы способствовать пониманию интерпретации, которая кажется правильной, своевременной и удачно сформулированной, психотерапевт может прибегнуть к дополнительным вопросам, прояснениям и конфронтациям. Основной принцип, которым при этом следует руководствоваться, заключается в следующем: интерпретацию нельзя считать эффективной, пока пациент не смог доказать, что он ее не только принимает, но и понимает.

Используется ли интерпретация?

Третий критерий эффективности интерпретации — это ее способность побуждать пациента к самопознанию и исследованию тех аспектов своей жизни, которые ранее не рассматривались на психотерапевтических сеансах. Принятая и понятая интерпретация подсказывает пациенту новый путь к самопониманию, и пациент вступает на этот путь со смешанным чувством любопытства, растерянности, тревоги и воодушевления. Поэтому в словах пациента, согласившегося с интерпретацией и самостоятельно сформулировавшего ее, следует пытаться услышать высказывания следующего типа: «Это заставило меня задуматься о том, о чем я никогда раньше не думал»; «Я доволен, поскольку то, что я узнал, поможет мне многое объяснить»; «Теперь, когда я немного лучше понимаю свое поведение в таких ситуациях, мне стало действительно интересно узнать, как я стал таким»; «Когда я узнал об этом, мне сделалось неловко из-за того, каков я в действительности».

Если пациент не реагирует подобным образом, говоря, что интерпретация указала ему некий новый путь, эффективность ее не достигает максимума. Психотерапевт может помочь пациенту понять интерпретацию, однако заставить пациента прийти к какому-то выводу на основе интерпретации психотерапевту не легче, чем заставить пациента с ней согласиться. Принятие и использование интерпретации должно происходить по инициативе пациента; если такие позитивные реакции от него не исходят, интерпретация, вероятнее всего, неправильна или неверно преподнесена. Единственное, что остается психотерапевту в этих обстоятельствах, в следующий раз попытаться провести интерпретационную работу более эффективно.

Читателям, интересующимся не только практикой, но и исследованиями в области психотерапии, необходимо указать на то, что могло бы показаться логическим кругом при определении эффективной интерпретации. Из сказанного в этом разделе следует, что эффективной интерпретацией является та, которую пациент принимает, понимает и использует, а эффективность интерпретации определяется тем, в какой мере пациент ее принимает, понимает и использует. Таким образом, мы сталкиваемся с тавтологическим определением эффективности, делающим невозможной разработку адекватной исследовательской стратегии. Интерпретация, соответствующая критерию эффективности, определяется как эффективная, а интерпретация, не соответствующая этому критерию, — как неэффектив-

ная, при этом абсолютно невозможно доказать ложность какой-либо гипотезы о влиянии эффективной интерпретации.

Однако нет никакой необходимости использовать один и тот же критерий для определения понятия эффективной интерпретации и для оценки ее влияния, что в грамотном исследовании привело бы к невозможности выделить независимые и зависимые переменные. Суть лишь в том, что точные, своевременные и правильно сформулированные интерпретации обычно оказываются эффективными, о чем свидетельствуют согласие, понимание и последующая продуктивность пациента. Используя это разграничение в исследованиях эффективности интерпретационного процесса, можно отдельно оценивать характеристики интерпретации и особенности реакции на нее пациента.

Проработка интерпретаций

Результат познания самого себя в процессе психотерапии редко закрепляется после первой интерпретации. Даже принятые и понятые интерпретации при первом столкновении с ними пациента остаются для него не более чем гипотезами. Долгие годы придерживаясь определенных представлений о себе и о своем опыте, человек не склонен менять свою точку зрения сразу, как только ему предложили другую. Альтернативная точка зрения должна прозвучать неоднократно, каждый раз помогая пациенту лучше понять себя или свое поведение. Таким образом, новые представления накапливают потенциал правдоподобия, что постепенно позволяет им полностью вытеснить представления, имевшиеся ранее. Этот процесс называется *проработкой*.

Таким образом, проработка заключается в регулярном повторении интерпретации с целью:

а) подтверждения ее валидности в объяснении событий, которые послужили основой для ее формулирования;

б) расширения сферы ее применения на другие события.

Такое повторение позволяет пациенту заново оценить интерпретацию в ее первоначальном контексте и проверить ее правдоподобность в новых контекстах. Иногда пациент начинает самостоятельно осуществлять проработку, а иногда психотерапевту приходится побуждать его к этому, но в любом случае, кто бы ни инициировал процесс, его результатом должно явиться самостоятельное формулирование пациентом значения интерпретации[14].

Для иллюстрации процесса проработки возьмем, к примеру, пациента, сообщающего о том, что он никогда не стремился к чему-либо, превышающему или хотя бы достигающему уровня его возможностей. С помощью психотерапевта он пришел к осознанию того, что настолько боится неудачи, что всячески избегает ситуаций, в которых ему не гарантирован абсолютный успех. Через несколько сеансов, после того как пациент пришел к этому заключению, он сообщил, что на работе ему предложили повышение в должности, но он отказался, поскольку, по его словам, оно предполагало переход в другой отдел, работа в котором ему нравится меньше. Затем он говорит: «Я много думал о своем решении. Как вы считаете, то,

что мне не нравится другая должность — это лишь отговорка, и я просто боюсь не справиться с новыми обязанностями, как мы с вами говорили на предыдущих сеансах?»

Этим высказыванием пациент инициировал процесс проработки своего страха перед неудачей, который он теперь замечает в новой ситуации. Признание того, что этот скрытый страх перед неудачей оказывает влияние на его поведение и препятствует реализации личностного потенциала, позволит лучше его понять и осознать. Именно достигнутое через проработку постоянное сознание того, что человек узнал о самом себе из интерпретации, позволит ему соответствующим образом изменить свое поведение. Без постоянного осознания, служащего связующим звеном между интерпретацией и изменением поведения, интерпретация оказывается непродуктивной.

Вспомнив предыдущий пример, предположим, что пациент не начал проработку, то есть объяснил свой отказ от повышения в должности неприемлемостью новых условий работы и не попытался связать свое поведение с интерпретацией, осмысленной на предшествующем психотерапевтическом сеансе. Терапевту не следует реагировать разочарованием или раздражением, если пациент описывает неадаптивное поведение, очевидно связанное с недавней интерпретацией, однако не осознает ни его неэффективности, ни его связи с интерпретацией. Это отсутствие осознания может отражать сопротивление со стороны пациента, но оно не означает того, что пациент глуп или невосприимчив, или что психотерапевт плохо справляется со своими обязанностями, или интерпретационная психотерапия неэффективна как метод.

Поведение пациента, заставляющее усомниться в том, что ранее принятая и понятая интерпретация вообще существовала, означает недостаточную проработку. Поскольку проработке должны подвергнуться практически все интерпретации (за редкими исключениями тех, которые оказались эффективными с первой попытки), психотерапевт должен быть готов к тому, что вслед за принятием интерпретации поведение пациента почти не изменится, а сама интерпретация не оставит ярких воспоминаний. Поэтому, как в предыдущем примере, пациент может продолжать вести себя так, как он привык себя вести (отклонять предложения о повышении в должности), однако впоследствии он начнет задумываться над тем, каким образом на его поведение оказывают влияние скрытые тревоги, подвергшиеся интерпретации. Если в этих обстоятельствах пациент не начинает усматривать в своем поведении определенных закономерностей, психотерапевту следует использовать краткие замечания и частичные интерпретации, с тем чтобы подвести пациента к повторному осмыслению интерпретации.

Пациент:	Мне предложили лучше оплачиваемую и более ответственную должность, но мне пришлось бы тогда перейти из бухгалтерского отдела в отдел рекламы, а я не думаю, что мне бы там понравилось, поэтому я отказался.
Психотерапевт:	Я думаю, что дело не только в этом.
Пациент:	А в чем же еще?
Психотерапевт:	Вы не первый раз отказываетесь от того, что потребовало бы от вас больших усилий.

Пациент: М-м... вы имеете в виду то, о чем мы с вами раньше говорили... о том, что я не делаю то, что смог бы сделать и что позволило бы мне занять более высокое положение, потому что я боюсь не справиться. Как раз сейчас я понял, что это повторилось, то есть я по глупости упустил свой шанс.

Во-вторых, психотерапевт должен помочь пациенту не только переосмыслить интерпретацию в контексте, сходном с тем, в котором она появилась, но и перенести ее на другие ситуации. Если взять тот же пример, страх пациента перед неудачей на работе, вероятно препятствует его адаптивному поведению в социальных ситуациях, что можно было бы обсудить следующим образом.

Пациент: Я бы хотел встречаться с женщиной, которой я действительно восхищаюсь. Но так выходит, что я назначаю свидания тем, кто обычно не ходит на свидания и восхищается мной, а мне не очень нравится их общество.

Психотерапевт: Такое происходит и в других ситуациях.

Пациент: Я не понимаю, что вы имеете в виду.

Психотерапевт: Вы не пользуетесь любой возможностью.

Пациент: Да, в своем роде вы правы. Я боюсь возможности показаться непривлекательным женщине более интересной, чем я, поэтому не рискую — а, я понял, что вы подразумеваете под другими ситуациями. Я лишний раз перестраховываюсь, боюсь неудачи, как и на работе.

Воспользовавшись возможностью проработать таким образом интерпретацию в одном контексте и осмыслить ее значение в ряде других ситуаций, пациент приобретает способность включить этот осознанный аспект своей личности в целостное представление о самом себе. В процессе проработки интерпретации пациент постепенно приобретает способность к использованию ее для изменения своего поведения. Сначала он может продолжать использовать ту же модель неадаптивного поведения, которая явилась предметом интерпретации, в то же время признавая связь этого поведения с интерпретацией. Затем, после некоторой проработки, он может продолжать вести себя неадаптивно, однако при этом будет сам признавать необходимость более конструктивного поведения, основанного на самоактуализации. Постепенно разрыв между невротическим поведением и осознанием невротических детерминант поведения будет сокращаться, и наконец, когда будет завершена полная проработка интерпретации, пациент будет вспоминать о ее значении во всех ситуациях, где он ведет себя неадаптивно, прежде, чем совершить какие-то действия, а затем он приобретет способность управлять своими конфликтами и регулировать свое поведение в подобных ситуациях.

Завершая эту главу, следует еще раз подчеркнуть необходимость проработки влияния интерпретации на изменения поведения, поскольку она выполняет функцию инсайта в динамически ориентированной психотерапии. Интерпретационную психотерапию иногда рассматривают как психотерапевтический метод, при котором интерпретация приводит к инсайту, подразумевающему понимание причин неадаптивного поведения, а инсайт, в свою очередь, приводит к изменению

поведения. Однако в действительности в грамотной психодинамической терапии целью интерпретации считается не только достижение инсайта; кроме того, сам инсайт не рассматривается как причина изменения поведения. Интерпретационный процесс в психодинамической теории направлен на осознание мыслей и чувств, которые ранее либо не осознавались, либо осознавались не полностью, что делало их неподконтрольными. Осознание позволяет человеку проанализировать эти мысли и чувства, осмыслить их взаимосвязи с другими мыслями и чувствами и добиться определенного контроля над ними.

Таким образом, интерпретационный процесс в психотерапии, кроме всего прочего, является попыткой избавить пациента от психологического влияния со стороны неподконтрольных мыслей и чувств и тем самым дать ему возможность думать, чувствовать и действовать так, как он находит для себя приятным и приемлемым. При этом понимание пациентом, почему он вел себя определенным образом, не ведет к изменению поведения, хотя это понимание является важнейшим элементом психотерапии, представляя собой то, что называют «инсайтом». Пациент приобретает способность к самоопределению и демонстрированию разнообразных форм поведения не раньше, чем он проработал то новое, что он узнал о себе, настолько, что это позволяет ему осознать влияние выявленных факторов на поведение до свершения определенных поступков. Придя к тому же выводу, Вочтел (Wachtel, 1993, p. 236) замечает: «Вполне вероятно, что самой распространенной причиной неудачи психотерапии является не невозможность достичь инсайта, а невозможность воплотить этот инсайт в новом мироощущении и отношении к другим людям».

Примечания

1 Более подробно сущность интерпретации и способы ее использования рассматривают следующие авторы: Chessick, 1994; Messer, 1989; Oremland, 1991; Strachey, 1934.

2 Страпп (Strupp, 1989) рекомендует психотерапевтам, насколько это возможно избегать жестких конфронтаций, ограничивая интерпретации выражением эмпатического понимания, призванного помочь пациенту «примириться со своим неприятным прошлым», а не разъяснять ему, как и почему он стал таким, каков он есть. Эта рекомендация, основанная на клиническом опыте и исследовательских данных, согласуется с тем, на что обращается внимание в этой главе: на необходимость использовать интерпретации как средство передачи толкования. Однако даже при максимальной деликатности и осторожности психотерапевта, пациента, узнающего о себе нечто новое, невозможно уберечь от неприятного, а иногда и мучительного осознания того, что некоторые его представления в действительности ошибочны.

3 Крис (E. Kris, 1954) и Левенштейн (Loewenstein, 1954) в своих классических работах рассматривают видоизменение защитных реакций после их интерпретации.

4 Если смотреть на этот процесс шире, возникновение интереса к интерпретации личностных защитных реакций было связано с переключением внимания в психоаналитической теории и практике с ид на эго (Lorand, 1972/1973). Затем, с появлением концепции объектных отношение и эго-психологии психодинамическая теория вновь претерпела некоторые изменения (Kernberg, 1976; Kohut, 1971). В книге «Влечение, эго, объект и самость» (Pine, 1990) подробно описывается развитие этих четырех «психологий» и их вклад в психотерапию. Ценным источником информации о разработках психоаналитической школы является книга «Разговор лечит» (Wallerstein, 1995). Что касается данной книги, автор обращает внимание и на сферу инстинктов и на сферу объектных отношений, однако придерживаясь теории эго-анализа. Рассматривает их как проявления конфликта и защиты.

5 Очевидность того, что накопленный жизненный опыт сведет к минимуму значимость связей между личностными защитами и породившими их конфликтами имеет прямое отношение к введенному Гордоном Олпортом понятию «функциональной автономии мотивов» (G. Allport, 1937). По мнению Олпорта, с которым также соглашаются большинство представителей поведенческого направления, поведение человека может стать целью само по себе, независимым от сформировавших его обстоятельств.

6 В основе этого разграничения лежат классические психоаналитические представления о том, что вытесненный материал обычно проявляется в форме определенных феноменов, позволяющих осуществить разрядку энергии. Подробно рассматривая принципы ид-анализа, Фенихель (Fenichel, 1941, p. 148–150, 193–194) отмечает, что такое смещение энергии приводит к образованию особых *дериватов*, к которым относятся сновидения, фантазии, маскирующие воспоминания и невротические симптомы. Даже тем, кто не является приверженцем психоаналитической модели потока энергии, при принятии решения о направлении интерпретации целесообразно использовать представление о том, что некоторые формы поведения обусловлены наличием конфликта и косвенно его выражают; причем особенно продуктивно разграничение ближних и отдаленных дериватов.

7 Будучи отдаленными дериватами, сами сновидения в разной степени связаны с вызвавшими их мыслями и чувствами. Будет ли относиться сновидение, описанное пациентом на сеансе психотерапии, к сравнительно ближним или к сравнительно отдаленным дериватам, зависит от того, в какой мере связь между его скрытым и явным содержанием опосредована «работой сновидения», механизмами которого являются сгущение, смещение, символизация и вторичная обработка (см. S. Freud, 1900/1953c). Чем менее завуалирован смысл сновидения, тем более оно пригодно для интерпретирования. В то же время Фрейд (1911/1958c) предостерегал психотерапевтов от чрезмерного внимания к сновидениям при игнорировании реальных мыслей и эмоций пациента. Интерпретация сновидения производится в соответствии с теми же общими принципами интерпретирования, которые описаны в этой главе. Методы использования материала сновидений в пси-

хотерапии рассматривают следующие авторы: Conigliaro, 197; S. Freud, 1923/1961; Grinstein, 1983; Hill, 1996; Mendelsohn, 1990; Weiss, 1986; Wolberg, 1988, p. 671–685.

8 На обширном клиническом материале было показано, что эффективность интерпретирования на психотерапевтических сеансах, во время которых пациент проявляет доверительное отношение к психотерапевту, выше эффективности интерпретирования в тех случаях, когда пациент выглядит отстраненным и замкнутым (Spence, 1995). Исследовательские данные подтверждают, что одним из условий эффективного интерпретирования является его проведение в контексте позитивных отношений между пациентом и психотерапевтом (Hill et al., 1989).

9 Описанные здесь интерпретационные последовательности, состоящие из нарастающих по глубине вмешательств, уже давно используются в психодинамическом подходе и более подробно рассмотрены следующими авторами: Bibring, 1954; Glover, 1955; Greenson, 1967; Oremland, 1991. Исследовательские данные свидетельствуют о том, что внимательное выслушивание пациента и тщательное прояснение ситуации на этапе подготовки интерпретации помогают пациенту ослабить свои защиты и повышают его эмоциональную вовлеченность в интерпретационный процесс (McCullough & Winston, 1991).

10 Этот пример частично основан на принципах интерпретации защиты, предложенных Фенихелем (Fenichel, 1941, p. 77) — одним из первых авторов, подчеркнувших значение отделения наблюдающего «Я» пациента от его переживаний в процессе глубинной психотерапии.

11 Сущность и принципы использования частичного интерпретирования, которое также называют «неполным интерпретированием» и «постепенным интерпретированием», рассматривают следующие авторы: Glover, 1955; Blanck & Blanck, 1994.

12 Исследовательские данные свидетельствуют о том, что к интерпретациям, предлагаемым в качестве гипотез, пациенты относятся лучше, чем к интерпретациям, предлагаемым в категорическом тоне (Jones & Gelso, 1988). Было также обнаружено, что директивное поведение психотерапевта приводит к повышению сопротивления со стороны пациента (Bischoff & Tracey, 1995). Тем не менее, как отмечалось ранее в этой главе и подчеркивалось другими авторами (например, Oremland, 1991, chapter 3), бывают случаи, когда уверенность психотерапевта в правильности интерпретации и ее повторное рассмотрение оправдывают достаточно категорические формулировки.

13 Как и в главе 7, следует особо отметить работы Вочтел (Wachtel, 1993), посвященные эффективной коммуникации при психотерапии. Вочтел разъясняет и иллюстрирует примерами ряд принципов формулирования психотерапевтом своих утверждений. Эмпирические данные свидетельствуют о том, что краткость, ясность и простота утверждений повышает вероятность эффективного использования их пациентом. В частности, было обнаруже-

но, что краткие высказывания содействуют психотерапевтическому процессу, а длинные — оказывают на него выраженное негативное влияние (Sachse, 1993).

14 Более подробное изложение темы проработки интерпретаций можно найти у следующих авторов: Brenner, 1987; Fialkow & Muslin, 1987; S. Freud, 1914/1958e; Greenson, 1965a; Wolberg, 1988, p. 819–832. Луборски (Luborsky, 1996) приводит исследовательские данные, иллюстрирующие, как процесс проработки помогает пациенту справляться со своими ведущими межличностными конфликтами, а Хилл с соавторами (Hill et al., 1989) подтверждают, что повторение интерпретаций повышает их эффективность.

Глава 9

Нарушение коммуникации: сопротивление

В психотерапии под сопротивлением подразумевается парадоксальное нежелание пациента участвовать в психотерапевтическом процессе. Пациент, сопротивляясь, на какое-то время теряет желание или способность выполнять условия психотерапевтического контракта. Продолжая нуждаться в помощи и верить в возможность ее получения от психотерапевта, сопротивляющийся пациент своим поведением нарушает или тормозит психотерапевтический процесс. Сопротивление отличается от ситуаций, когда пациент действительно ощущает, что он уже получил от психотерапевта все, в чем нуждался, или когда у него есть все основания считать психотерапию неприемлемым для себя методом лечения. В последнем случае отказ от сотрудничества с психотерапевтом представляет собой логичную, а не парадоксальную реакцию, которая не может рассматриваться как сопротивление. Однако, если психотерапевтический контракт уже заключен, а интерпретационная работа уже начата, уклонение пациента от участия в психотерапевтическом процессе обычно отражает сопротивление, а не искреннюю убежденность в том, что в психотерапии нет необходимости или что она не приносит пользы[1].

Сопротивление затрагивает оба аспекта коммуникации: и передачу, и получение информации. Сопротивляющийся пациент, как правило, говорит слишком много о незначительном и слишком мало или вообще нечего — о важном. В любом случае он перестает свободно выражать мысли и чувства, имеющие непосредственное отношение к переживаниям, которые заставили его обратиться за помощью. В то же время сопротивляющийся пациент не усваивает поступающую информацию, то есть он не слушает психотерапевта, или, слушая, не слышит его, или, слыша, не прислушивается к его словам.

Прежде сопротивление рассматривалось исключительно как помеха в психотерапевтической работе, поскольку оно неизбежно нарушает коммуникацию. В одной из своих ранних работ З. Фрейд описал сопротивление как силу, для пре-

одоления которой можно использовать практически любое из доступных средств «психического влияния на человека» (Breuer & Freud, 1893–1895/1955, p. 282). К этим средствам были отнесены гипноз, убеждение, увещевание и даже процедура, заключающаяся в том, что психотерапевт надавливает на лоб пациента, внушая тому, что надавливание вызовет в сознании вытесненные ранее образы и ассоциации, о которых пациент затем должен будет поведать психотерапевту[2]. Однако спустя некоторое время Фрейд стал видеть в сопротивлении один из важнейших предметов интерпретирования — то, что необходимо не просто преодолеть, а исследовать и понять (S. Freud, 1904/1953b). С тех пор интерпретация сопротивления считается одной из ключевых составляющих динамически ориентированной психотерапии, а некоторые видные представители психоаналитической школы (Gray, 1994; Weinshel, 1984, 1990) отводят анализу сопротивления главное место в раскрывающей психотерапии.

Огромная значимость сопротивления в психотерапии объясняется рядом причин. Во-первых, сопротивление неизбежно сопровождает попытки пациента осмыслить интерпретацию и соответствующим образом изменить свое поведение. Как отмечалось, психотерапия заставляет человека увидеть негативные стороны самого себя, своей жизни и задуматься о необходимости изменить свои взгляды и поведение. Мало кому удается избежать в подобном процессе периодов спада интереса и толерантности. В действительности у неизменно беззаботных пациентов, не переживших в ходе психотерапии моментов нежелания участвовать в ней, обычно отсутствует вовлеченность в процесс лечения. Бойски (Boesky, 1990, p. 557) не без иронии отмечает, что успешную аналитически ориентированную психотерапию можно определить как «сплошное сопротивление».

Во-вторых, помощь психотерапевта в ослаблении или преодолении сопротивления облегчает задачу пациента и ускоряет его продвижение в направлении самопонимания и изменения поведения. Что бы ни говорилось о сопротивлении, оно действительно препятствует свободному самовыражению пациента, а преодоление сопротивления обычно выявляет мысли и чувства, которые в противном случае оказались бы невысказанными[3].

В-третьих, к расширению сферы самопонимания пациента через познание в процессе беседы с психотерапевтом ведет не только преодоление сопротивления, но и его анализ. Почему в определенный момент возникло сопротивление? Чему сопротивляется пациент и по каким причинам? Какой способ проявления сопротивления избрал пациент? Как сопротивление, наблюдаемое на психотерапевтическом сеансе, соотносится с поведением пациента вне кабинета психотерапевта? Попытки ответить на эти вопросы могут помочь пациенту осознать причины своей тревоги и способы ее преодоления.

В-четвертых, интерпретирование сопротивления зачастую более продуктивно, чем интерпретирование воспоминаний пациента. Сопротивление — это *процессуальный* аспект психотерапии, который, как отмечалось в главе 8, в качестве предмета интерпретирования важнее *содержательного* аспекта, то есть того, что пациент говорит. Сопротивление как процесс имеет место в данный момент, его проявления наблюдаемы, а его влияние непосредственно переживается. Воспоминания же, являясь одним из аспектов содержания, напротив, редко служат наглядным

примером проявления стиля личности и не дают пациенту возможность наблюдать себя в действии.

Чтобы распознать сопротивление и эффективно на него отреагировать, целесообразно выделять четыре типа, или источника, сопротивления психотерапевтическому процессу: *сопротивление изменению*, *характерологическое сопротивление*, *сопротивление содержанию* и *сопротивление, связанное с переносом*[4]. Эти четыре типа сопротивления рассмотрены в той последовательности, в которой они обычно возникают в процессе психотерапии. За разделами, посвященными источникам сопротивления, следует обсуждение характерных проявлений сопротивления и способов реагирования на него.

Сопротивление изменению

Давно известно, что эмоциональным и поведенческим нарушениям нередко сопутствует нежелание с ними расстаться. В одних случаях такое сопротивление изменению коренится в страхе вместе с нарушениями потерять связанные с ними преимущества; при этом говорят, что у пациента наблюдается *сопротивление, связанное с вторичной выгодой*. В других случаях изменение рассматривается как источник новых неудобств, что обычно проявляется в виде *сопротивления, связанного с невротическим равновесием*, *сопротивления положению пациента* и *сопротивления суперэго*. Какую бы форму оно не принимало, сопротивление изменению имеет отношение к чувствам и установкам, имевшимся у пациента до начала курса психотерапии и не зависящим от нее. Хотя в ходе психотерапии сопротивление изменению может усиливаться, особенно когда пациент начинает делать заметные успехи, оно может обнаружить свое влияние, препятствуя коммуникации, уже в начале самого первого сеанса.

Сопротивление, связанное со вторичной выгодой

Вторичная выгода — это ряд преимуществ и привилегий, которые являются следствием психологической несостоятельности человека и заставляют его сопротивляться любым значительным изменениям своего положении[5]. Это не означает, что люди, имеющие психологические проблемы, ищут их сами, поскольку находят в них удовольствие. Видеть источник психологических проблем во вторичной выгоде означало бы рассматривать в качестве причин поведения его следствия, например предположить, что у человека возникают эмоциональные проблемы, потому что ему доставляет удовольствие проявление сочувствия других людей. Подобные телеологические гипотезы не помогают понять корни психологических нарушений и вводят в заблуждение, подразумевая, что человек по собственной воле сможет избавиться от психопатологии, как только решит пренебречь приносимыми ею выгодами.

В действительности же вторичная выгода подкрепляет уже сформировавшийся стереотип неадаптивного поведения, а не формирует его, она затрудняет изменение, но не делает его невозможным. Вторичная выгода обусловлена тем, что человек, в котором другие видят больного, обычно получает сочувствие, освобож-

дается от определенных обязанностей; кроме того, ему извиняют его странное, неразумное, эгоистичное поведение, непростительное здоровому человеку. Не всякий может отказаться от того, чтобы ему потакали, щадили его чувства и позволяли делать только то, что ему нравится, а эти преимущества, в свою очередь, мешают выздоровлению. Кроме того, сопротивление изменению, связанное с вторичной выгодой, может подкрепляться и материальными льготами, например пенсией, продлением оплачиваемого отпуска по состоянию здоровья или бесплатными услугами домработницы.

Однако не каждый человек, испытывающий психологические трудности, находит поддержку, особые привилегии и освобождение от обязанностей. Многие люди, имеющие психологические проблемы, встречают не помощь и сочувствие, а нетерпимость и раздражение, что означает отсутствие каких-либо выгод от болезненного состояния, если, конечно же, человек не находит удовольствие в том, чтобы раздражать и выводить из себя людей. Психологические затруднения также далеко не всегда освобождают от домашних, учебных и рабочих обязанностей и ложатся дополнительным бременем наряду с этими обязанностями. В таком случае желание избавиться от этого бремени оказывается более стойким мотивом к преодолению проблем, чем любые вторичные выгоды от их сохранения.

Более того, даже если психологическая несостоятельность связана с получением сочувствия и освобождения от ответственности, у большинства людей удовольствие от состояния опекаемого и оберегаемого тоже имеет свои границы. Отсутствие необходимости работать, сталкиваться с деликатными межличностными ситуациями или нести ответственность за свое поведение некоторое время привлекает, так же, например, как и отпуск. Но человеческая природа такова, что для большинства людей, в конце концов, оптимальной является ситуация, когда они сами выбирают свой жизненный путь и считаются полноценными, ответственными членами общества, способными самостоятельно принимать решения. Поэтому удовольствие, получаемое от преимуществ эмоциональных проблем, недолговечно, за исключением тех редких случаев, когда оно закрепляется как часть стойкого хронического расстройства, ведущего к психической инвалидизации.

Вторичные выгоды, связанные с эмоциональными нарушениями, иногда достаточно существенны для того, чтобы затруднять участие в психотерапии, однако, как правило, их пересиливает мотивация пациента к преодолению эмоционального дистресса и внутреннее побуждение к личностному росту. Тем не менее психотерапевт должен быть готов распознать и справиться с сопротивлением любого пациента, которое вызвано вторичной выгодой. Какими бы несущественными ни казались выгоды, извлекаемые пациентом из своего состояния, в ходе психотерапии всегда возникает определенное сопротивление изменению. Самое меньшее, что получает пациент, это интерес и уважение со стороны психотерапевта, которые существуют до тех пор, пока сохраняется необходимость в психотерапии. По этой причине пациенты, способные самостоятельно изменить свое поведение, могут сопротивляться изменению, с тем чтобы продлить свои отношения с психотерапевтом. Эта форма сопротивления приобретает особое значение на этапе завершения психотерапии, о чем более подробно рассказано в главе 12.

Сопротивление, связанное с невротическим равновесием

Если сопротивление изменению, связанное с извлечением вторичной выгоды, подразумевает нежелание пациента отказаться от преимуществ своего состояния, другие источники сопротивления изменению, как указывалось ранее, основаны на страхе перед новыми и явными неудобствами. Чаще всего это боязнь того, что изменение разрушит закрепившуюся модель межличностного взаимодействия, составляющую суть так называемого *невротического равновесия*.

Люди, с которыми пациент взаимодействует дома, в учебном заведении, на работе или во время отдыха, привыкли к его поведенческим проблемам и особенностям, поэтому в их обществе он чувствует, что его принимают или, по крайней мере, терпят, и может предугадать их реакцию. Люди из окружения пациента могут даже ценить его за присущие ему недостатки, если эти недостатки отвечают их интересам. Например, неуверенный в себе мужчина может жениться на крайне доминантной женщине, которую будет устраивать его уступчивость. Или же человек, постоянно приносящий беспокойство своими неудачами и злоключениями, может служить для членов своей семьи «козлом отпущения», на которого они будут сваливать вину за все личные и общие неприятности и направлять свои негативные чувства, в действительности предназначенные друг другу.

Вне зависимости от того, в чем заключается причина, — в том, что пациент и окружающие его люди адаптировались к его особенностям, или в том, что недостатки пациента отвечают потребностям окружающих, — ему будет трудно решиться на изменение своего поведения, влекущее нарушение сложившегося равновесия. На начальных этапах психотерапии сопротивление изменению часто проявляется в форме смутных опасений перед чем-то новым; пациент будто говорит: «Я не нравлюсь себе таким, каков я есть, но, по крайней мере, знаю, чего от себя ждать и чего ждут от меня другие; если бы я изменился, каким бы я стал, как бы другие люди стали ко мне относиться и с чем бы мне пришлось столкнуться?» Исследование неизведанных психологических глубин неизбежно вызывает тревогу даже у отважных людей, решившихся на открытие новых жизненных горизонтов. Поэтому с самого начала психотерапии могут возникать ситуации, когда желанию пациента измениться будет противостоять желание избежать неопределенности, и психотерапевт должен быть готов помочь пациенту осознать свои опасения.

В процессе психотерапии и появления первых изменений в поведении сопротивление, специфически связанное с сохранением устоявшихся моделей межличностных взаимоотношений, может выдвигаться на первый план. В частности, продвижение в направлении целей психотерапии может вызвать отчуждение людей, играющих важную роль в жизни пациента, поскольку он больше не сможет удовлетворять их потребности. Став более уверенным в себе, пассивный мужчина начнет вызывать досаду и раздражение у своей доминантной жены, которая почувствует себя ненужной, несостоятельной и, возможно, даже захочет расторгнуть брак. Если бывший неудачник или легкомысленный человек, добившись успеха или став уважаемым членом общества, лишит свою семью «козла отпущения», в ней, вероятно, начнутся конфликты, и не исключено, что интерес к судьбе пациента со стороны ее членов уменьшится.

В таких условиях у пациента может возникнуть соблазн ничего не изменять в своем поведении и сохранить существующую модель взаимоотношений, а не избавиться от своих проблем за счет нарушения установившегося равновесия. В подобной ситуации психотерапевту необходимо подумать о том, настаивать ли на продолжении лечения. Следует ли пациенту, невзирая на последствия, стремиться к большей самоактуализации? Или пациент настолько привык к сложившемуся положению, что изменение поведения, влекущее нарушение равновесия, каким бы желательным оно ни казалось, нанесет ему серьезнейшую психологическую травму?

Измениться (со всеми вытекающими последствиями) или, не рискуя, оставаться прежним — вопрос, на который, в конечном счете, должен ответить сам пациент. Во всех случаях, кроме критических, психотерапевт не должен решать это за пациента. В то же время психотерапевт может и должен влиять на выбор пациентом сохранения или нарушения невротического равновесия, руководствуясь своими представлениями о том, в каком случае шансы пациента на благополучное существование выше. Желательно, чтобы точная оценка перспектив пациентов проводилась во время диагностической фазы, так, чтобы к психотерапии допускались только те, кому модификация поведения обещает принести больше пользы, чем вреда. Если при первичной диагностике выяснилось, что психотерапия необходима, психотерапевту следует попытаться удержать пациента от ухода в тот момент, когда нарушение невротического равновесия начинает вызывать сопротивление изменению.

Однако диагностические выводы, как и суждения психотерапевта, не всегда верны. Информация, обнаруживающаяся в ходе психотерапии, включая сведения о серьезных неприятностях в жизни пациента, которые стали следствием изменения им своего поведения, может свидетельствовать о том, что решение о начале психотерапии было непродуманным. Психотерапевт должен быть готов распознать те случаи, когда сопротивление изменению является отнюдь не парадоксальной реакцией, а вполне обоснованным убеждением пациента в том, что продолжение психотерапии нецелесообразно. Нет нужды добавлять, что такое обоснованное решение следует отличать от сопротивления и считаться с ним, поскольку оно отражает объективные реалии.

Сопротивление положению пациента

В некоторых случаях сопротивление продолжению психотерапии или достижению положительных результатов обусловлено негативным отношением к роли пациента. Еще до начала психотерапии, как отмечалось в главе 2, потенциальному пациенту может казаться неприемлемым все, что связано с получением профессиональной психологической помощи. Если он воспринимает обращение к психотерапевту как свидетельство собственной слабости, никчемности, несостоятельности или несамостоятельности, то угроза самооценке может вызвать *сопротивление положению пациента*, при котором дополнительный смысловой оттенок участия в психотерапии оказывается важнее ожидаемой от нее пользы.

После начала психотерапии сопротивление положению пациента иногда вызывают или усиливают сами поведенческие изменения, к которым стремится паци-

ент. При этом радость пациента от достижения желаемого омрачается осознанием того, что оно было достигнуто с помощью специалиста. Из-за этого пациент может ощутить себя еще более никчемным, несостоятельным и несамостоятельным, чем до начала психотерапии; таким образом, дальнейшее изменение встречает сопротивление, поскольку достижение изменений под влиянием психотерапии оказывает на самооценку пациента более пагубное воздействие, чем простое обсуждение своего поведения с психотерапевтом, без последующих изменений.

В отличие от сопротивления, направленного на сохранение невротического равновесия, то есть на защиту приемлемого межличностного контекста от последствий поведенческих изменений, сопротивление положению пациента не дает ничего, кроме иллюзии поддержания самооценки. Отказ от возможности получить необходимую помощь только лишь из-за собственных предубеждений можно сравнить с отказом лечить гниющий зуб из-за страха перед бормашиной. Психотерапевт должен чутко реагировать на сопротивление пациента, связанное с его негативными установками по отношению к психотерапии, и пытаться преодолеть это сопротивление прежде, чем возникла угроза прекращения психотерапии.

Сопротивление суперэго

После того как в ходе психотерапии пациент ощутил положительные сдвиги, на первый план может выйти другой источник сопротивления изменению — *сопротивление суперэго*, которое порождается требованиями совести и подпитывается склонностью испытывать чувство вины. Чрезмерно совестливые люди объясняют свои неудачи собственными чувствами и проступками, считают, что заслуживают тех невзгод и разочарований, которые им приходится переносить, и отказываются от всех претензий на более благополучное существование. Люди, отягощенные жестким суперэго, как правило, относятся к любому улучшению в своей судьбе с подозрением или даже с тревогой. Успех и радость у них омрачаются внутренними сомнениями: «Это слишком хорошо, чтобы быть правдой»; «Не позволяй себе наслаждаться, ведь это не продлится долго и ничего, кроме разочарований, не принесет»; «Ты не заслуживаешь такого счастья и, согласившись на него, обязательно поплатишься».

У людей, относящихся к себе столь строго, признаки улучшения, достигаемого в ходе психотерапии, вызывают скепсис и тревогу. Эти пациенты сомневаются в том, что благотворные изменения реальны или стойки, а если события подсказывают, что так оно и есть, их начинают мучить предчувствия грядущей расплаты за свою удачливость и удовольствие. Возникающая по этой причине тревога неизбежно вызывает сопротивление, которое, соответственно, должно быть замечено при первых его проявлениях.

Личностное сопротивление

Под чертами характера личности подразумеваются обычные или предпочитаемые человеком способы реагирования на различные ситуации. Установки и привычное поведение, определяющие личностный стиль человека, часто способствуют его продуктивности и удовлетворенности жизнью. Однако же, как отмечалось в

главе 8, некоторые личностные проявления выполняют функцию защиты от тревоги, а не самореализации. В главе 8 обращалось особое внимание на важность понимания и модификации пациентом своих личностных защит, что может служить как самостоятельной целью психотерапии, так и предпосылкой для последующего осознания скрытых конфликтов, порождающих эти защитные реакции. К теме этой главы имеет отношение следующее: действия, обычно используемые человеком для борьбы с тревогой, будут использоваться им и для защиты от психотерапевтического воздействия, которое также может вызвать тревогу, а это означает, что защитная реакция будет препятствием для его участия в психотерапевтическом процессе и источником сопротивления.

Ранее, при рассмотрении вопроса интерпретации личностных защитных реакций, говорилось о том, что при психотерапии коммуникация может нарушаться из-за особенностей личностного стиля. В контексте обсуждаемой темы потенциальные источники характерологического сопротивления можно разделить на три группы в зависимости от уровня специфичности. Во-первых, это могут быть случаи, при которых использование специфических защитных механизмов (например, изоляции, вытеснения или реактивного образования) блокирует прямой доступ к переживаниям, анализ которых принес бы пациенту существенную пользу. Во-вторых, иногда некие общие характеристики копингового стиля (например, выраженная активная или пассивная жизненная позиция, преимущественно конкретный или абстрактный стиль мышления) ограничивают возможности всестороннего рассмотрения пациентом своих затруднений. В-третьих, у некоторых пациентов глобальные личностные проблемы (например, мазохистическое расстройство личности или невротический страх перед успехом) препятствуют установлению и соблюдению положений психотерапевтического контракта.

Специфические защитные механизмы

Защитные механизмы — это психологические стратегии, которые используются для избегания осознания мыслей и чувств, вызывающих тревогу. Поскольку главным методом психотерапевтической работы является содействие осознанию переживаний, порождающих тревогу, которое позволяет эффективнее справляться с этими переживаниями, защитные механизмы неизменно препятствуют достижению целей психотерапии. Люди, часто использующие такой защитный механизм, как изоляция, уклоняются от выражения эмоций путем когнитивной фильтрации своих переживаний, отделяя мысли и события от связанных с ними чувств. В гневе они не кричат, негодуя: «Ах ты подонок, я тебе покажу», — а сдержанно произносят: «Я очень тобой недоволен». Влюбившись, они скажут не «Я тебя люблю», а «Ты очень много для меня значишь».

При психотерапии разрыв между эмоциями и мышлением, свойственный изоляции, приводит к тому, что пациент обращает чрезмерное внимание не на чувства, а на мысли. Эмоции пациента лишаются своей непосредственности, события он описывает с отчужденной объективностью, будто читает сценарий, а попытки психотерапевта апеллировать к чувствам вызывают лишь сдержанный намек на эмоции: «Я уверен, что был весьма раздражен»; «Мне кажется, я действительно чувствую себя неплохо»; «Я подумал, что нет нужды говорить о своем огор-

чении: любой на моем месте был бы расстроен». Поскольку невозможность непосредственного переживания эмоций и их свободного выражения затрудняет коммуникацию, ее можно рассматривать как сопротивление психотерапии. Эффективная интерпретация изоляции, соответственно, способствует не только развитию самосознания пациента, но и выявлению эмоционально окрашенного материала, который иначе так и остался бы в скрытом, недоступном для рассмотрения состоянии.

Действие вызывающих сопротивление механизмов защиты можно также пояснить на примерах вытеснения и реактивного образования. Вытеснение, заключающееся в исключении некоторого психического содержания из сферы сознания, может быть направлено либо на мысли, либо на чувства, точно так же как изоляция может использоваться для разобщения связанных между собой мыслей или разобщения мыслей и связанных с ними чувств. Если изоляция приводит к преобладанию мыслительных процессов, вытеснение как защитный механизм ведет к погружению в непосредственное эмоциональное переживание в ущерб способности к рациональному анализу. Для человека, активно использующего вытеснение, не представляет сложности непосредственное переживание чувств или их свободное выражение, однако он не склонен к размышлениям о значении своих переживаний и действий.

Пациент, использующий механизм вытеснения, непринужденно рассказывает о своих чувствах, но практически не уделяет внимания причинам этих чувств. Такой пациент скорее отмахнется от вопроса о том, почему у него возникли некие чувства («Я не знаю»; «Потому что»; «Главное, что я *действительно* это чувствую»), чем попробует проанализировать свои реакции. Пациенты, склонные к вытеснению, часто рассказывают о своих эмоциональных реакциях на события, упуская из виду фактические подробности, необходимые психотерапевту для того, чтобы понять, что в действительности произошло. Расспросы о подробностях вызывают у пациента раздражение, поскольку фактам он придает существенно меньшее значение, чем чувствам. Кроме того, такие расспросы могут поставить его в тупик, так как он не склонен замечать или запоминать фактические подробности, необходимые для воссоздания четкой картины происшедшего. Таким образом, вытеснение, хотя его эффект противоположен эффекту изоляции, также способствует возникновению сопротивления; при изучении же сопротивления обнаруживается информация, которая может быть плодотворно использована в психотерапевтическом процессе.

Под реактивным образованием подразумевается чрезмерное акцентирование пациентом определенных установок или поведенческих моделей, прямо противоположных скрытым чувствам и побуждениям, осознание или выражение которых вызвало бы тревогу. Формирование реактивного образование приводит к тому, что абсолютно неприемлемое для пациента поведение трансформируется в приемлемое, хотя и неадаптивное. Враждебность трансформируется в жертвенное обожание («Как я могу ненавидеть свою мать, если она так добра ко мне?»), а агрессивные побуждения — в чрезвычайную кротость («Быть хорошим человеком значит стараться никого не обижать»). Как только в процессе психотерапии начинают обнаруживаться тайные чувства или побуждения, вызывающие страх,

чувство вины, стыда или смущение, пациент с помощью реактивного образования пытается их скрыть, приводя массу доказательств наличия противоположных чувств и побуждений — он отчаянно протестует. Таким образом, как и в случае с изоляцией и вытеснением, интерпретационное преодоление реактивного образования пациента позволяет получить информацию, которая иначе осталась бы за пределами сознания[6].

Стили копинга

Копинговый стиль* — это устойчивые тенденции или свойства личности, влияющие на способ организации опыта и реагирования на него. Хотя эти же функции выполняют защитные механизмы, стиль копинга включает в себя более широкий диапазон поведенческих проявлений, которые несколько отличаются от защитных механизмов. Во-первых, предпочтение тех или иных защитных механизмов зависит прежде всего от опыта переживания человеком ситуаций, вызывающих тревогу, тогда как на индивидуальный копинговый стиль влияют не только факторы опыта, но в значительной мере конституционально обусловленные особенности темперамента.

Во-вторых, защитные механизмы предназначены для борьбы с тревогой, возникающей в ситуациях, с которыми человек не способен эффективно справиться; минимизируя тревогу, защитные механизмы блокируют функционирование личности и не позволяют преодолеть тревогу конструктивным путем. Стиль копинга связан с поведением в любых ситуациях, провоцирующих и не провоцирующих тревогу; несмотря на то что он может оказаться защитным или неадаптивным, в него также входят конструктивные способы реагирования, направленные на самореализацию.

Поскольку стиль копинга включает строго определенные способы организации опыта и реагирования на него, он может ограничивать поведенческий репертуар человека настолько, что вызовет сопротивление. Например, некоторые люди по своей природе предпочитают занимать активную жизненную позицию, а другие, в силу особенностей темперамента, — пассивны. Активные люди обычно ожидают от психотерапии непрерывного диалога, потока откровений и быстрых изменений; им бывает трудно вынести процесс хладнокровного рассуждения и постепенного расширения сферы самосознания. Пассивные люди часто рассматривают психотерапевта как человека, который избавит их от проблем, если только они будут регулярно являться на прием, поэтому им бывает трудно брать на себя обязанность вынести на обсуждение определенные темы и участвовать в их анализе.

Проявления сопротивления, связанного с таким свойством темперамента, как активность/пассивность, принимают характерные формы. Активные пациенты возмущаются медленными темпами работы, жалуются на незначительность достигнутых результатов и рассказывают о других видах лечения, которые, как они слышали или читали, быстрее приводят к выздоровлению. Пассивные пациенты выражают недовольство отсутствием прямых указаний, заявляют, что если бы они

* Наряду с термином «копинговый стиль» используются также термины «копинг-стратегии», «стили совладания», «стиль копинга». — *Примеч. науч. ред.*

были в состоянии делать то, что от них требует психотерапия, она была бы им вообще не нужна, и расспрашивают о медикаментозном лечении, гипнозе и других вспомогательных терапевтических методах, которые практически снимают с пациента ответственность за собственное выздоровление[7].

Общие личностные проблемы

В некоторых случаях причина сопротивления заключается не в использовании специфических защитных механизмов и не в свойствах стиля копинга, а в общих личностных нарушениях, которые представляют собой особое препятствие для психотерапии. Отдельного рассмотрения заслуживают две подобные проблемы — *мазохистическое личностное расстройство* и *невротический страх перед успехом*, которые уже упоминались в предшествующих главах.

Жизнь людей с мазохистическим личностным расстройством полна болезненными переживаниями, но, как бы они ни жаловались на нее, они обычно не используют или «упускают» шанс улучшить свое положение. Перед психотерапевтом они предстают как ярчайший пример мощного сопротивления суперэго, описанного ранее. Убежденные в том, что не заслуживают большего, чем имеют, эти пациенты не доверяют признакам успешного лечения и пугаются их. Недостойные люди, рассматриваемые пациентом сквозь призму мазохистических представлений, обречены на потерю незаслуженных благ и на наказание за то, что согласились их принять. Очевидно, что мазохистический взгляд на мир может породить необыкновенно стойкое сопротивление получению пользы от психотерапии.

Лица с невротическим страхом успеха также сопротивляются реализации своего потенциала, и не потому, что предпочитают боль удовольствию, а потому, что пугаются перспективы добиться слишком многого. Невротический страх перед успехом обычно не исключает способности получать удовольствие от полноценной социальной жизни, однако он мешает человеку в полной мере реализовывать свои возможности в академической, профессиональной, творческой областях. Мучаясь иррациональными страхами превзойти кого-либо, такой невротик не вступает в борьбу с конкурентом и пасует перед такой трудной задачей, как улучшение собственного состояния с помощью психотерапии. Таким образом, страх перед успехом, как и мазохизм, представляет собой специфическое препятствие в психотерапевтической работе, обнаружение и преодоление которого — необходимое условие достижения положительных результатов[8].

Сопротивление содержанию

В отличие от сопротивления изменению и личностного сопротивления, которые связаны с личностными качествами, привносимыми пациентом в психотерапию, *сопротивление содержанию* подразумевает препятствия, вызываемые ситуацией психотерапии и существующие исключительно в ее рамках. Из всех форм сопротивления сопротивление содержанию — наименее сложное по своему происхождению и наименее трудное для распознавания. Если, как и должно быть, психотерапия сосредоточена на затруднениях пациента, внимание обоих ее участников будут регулярно привлекать вопросы, разговор или размышление о которых вы-

зывает у пациента смущение, страх, раздражение, подавленность или какие-либо другие неприятные чувства. То есть содержание психотерапии периодически пробуждает у пациента нежелание участвовать в ней.

Поскольку сопротивление содержанию часто побуждает пациента обходить некоторые темы, оставляя их за пределами сознания, Фрейд изначально называл его «сопротивлением, связанным с вытеснением» и определял как «стойкую, непроизвольную нормативную тенденцию эго пытаться управлять опасными тенденциями через их блокирование» (Menninger & Holzman, 1973, p. 108). В свете последних достижений в области концептуализации функционирования эго и невротических стилей личности целесообразно разделять вытеснение как нормативную тенденцию сопротивления при психотерапии, имеющуюся у всех пациентов, и вытеснение как предпочитаемый стиль защиты, активизирующий специфические виды защиты лишь у некоторых пациентов. Сопротивление, обусловленное предпочтением защитного механизма вытеснения, было рассмотрено в предыдущем разделе, а здесь рассматривается так называемое сопротивление содержанию, которое время от времени наблюдается у всех пациентов в виде избегания осознания некоего материала.

Сравнительная легкость распознавания сопротивления содержанию объясняется его тесной связью с диалогом между пациентом и психотерапевтом. Сопротивление изменению и личностное сопротивление, хотя и усугубляются психотерапией, своим источником имеют жизненные события за пределами психотерапии. Сопротивление, связанное с переносом, о котором пойдет речь ниже, также возникает в психотерапевтической ситуации, однако оно представляет собой сложную функцию от взаимоотношений пациента с психотерапевтом и с другими людьми из настоящего и прошлого пациента. Сопротивление же содержанию — это уникальный продукт психотерапии, достаточно простая, очевидная реакция на события, происходящие здесь-и-сейчас.

Говоря более конкретно, сопротивление содержанию возникает либо одновременно с обсуждением трудного для пациента вопроса, либо в преддверии вынесения этого вопроса на обсуждение[9]. Предположим, некая женщина, обсуждая проблемы в супружеской жизни, заметно огорчается, когда речь заходит о ее непривлекательности как сексуальной партнерши. Она может попытаться обойти эту тему, либо просто больше ничего не говоря об этом, либо сказав, что этот вопрос для нее слишком неприятен и она предпочитает его закрыть. Источник и значение этого сопротивления ясны. Желание пациентки избежать психологического дистресса, связанного с обсуждением ее мнимой сексуальной непривлекательности, на время берет верх над мотивацией к проработке своих супружеских проблем и вызывает нежелание продолжать рассмотрение вопроса, тесно связанного с этими проблемами.

Говоря о сопротивлении ожидаемому содержанию, допустим, что та же пациентка описывает несексуальные аспекты своей супружеской жизни, а затем предлагает: «Я, пожалуй, расскажу вам о том, как у нас с мужем складываются сексуальные отношения». Однако вместо этого она умолкает или говорит о чем-то другом или начинает обсуждать проблему секса вообще, безотносительно к своим личным переживаниям. Поведение пациентки в этом случае отражало бы преду-

преждающее сопротивление содержанию, а появление его как раз в тот момент, когда должна была возникнуть тема ее сексуальности, не оставляет никаких сомнений относительно источника и значения этого сопротивления.

Сопротивление, связанное с переносом

Пациенты нередко переносят на психотерапевта положительные или отрицательные чувства, испытываемые к другим значимым в их жизни людям. Феномен переноса играет в психотерапии существенную роль; в главе 10 более подробно рассматриваются его истоки, проявления и использование в лечении. Задача же этого раздела — подчеркнуть значение переноса как потенциального источника сопротивления.

Чтобы понять, как перенос приводит к сопротивлению, полезно вспомнить, каким образом психотерапия обычно пробуждает позитивные и негативные чувства к психотерапевту. В ответ на искренность, принятие и эмпатию психотерапевта пациент, как правило, начинает испытывать к нему благодарность за его безоценочный интерес, восхищаться его чуткостью и преданностью альтруистической профессии. Сначала такие установки укрепляют желание пациента участвовать в психотерапевтическом процессе, однако рано или поздно они перерастают в идеализацию психотерапевта и стремление к отношениям, выходящим за рамки психотерапевтического контракта. Пациенты часто воображают, что было бы замечательно, если бы этот человек (психотерапевт) был их матерью или отцом, сыном или дочерью, супругом или супругой, возлюбленным или возлюбленной или близким другом. Эти позитивно окрашенные фантазии сопровождают мечты и мысленные представления, в которых пациент зависит от психотерапевта или заботится о нем, становится важным человеком в его жизни, по-дружески общается с ним, признается ему в любви и восхищении, получает взаимность или же вступает с ним в интимные отношения.

Проходит время, а позитивные чувства не находят ответа, что вызывает разочарование и фрустрацию. Психотерапевт в глазах пациента уже не заслуживает любви и восхищения. Как равнодушный виновник разочарования и фрустрации, психотерапевт превращается для пациента в черствого, эгоистичного человека, не достойного уважения и преклонения, а позитивные чувства к психотерапевту уступают место негативным. Испытываемые к психотерапевту позитивные и негативные чувства включают в себя элементы переноса, поскольку в действительности психотерапевт не заслуживает ни обожествления, ни презрения, как это представляется пациенту.

Конкретная форма реакции переноса, вызванная определенными обстоятельствами, а также легкость ее возникновения и способ выражения зависят от характера накопленного пациентом опыта межличностного взаимодействия (см. главу 10). Однако у всех пациентов и позитивный, и негативный перенос нарушает коммуникацию и, следовательно, представляет собой сопротивление.

Позитивный перенос нарушает коммуникацию, вызывая у пациента неоправданную обеспокоенность мнением психотерапевта. Людям легче всего рассказать о себе, если они не придают значения тому, что о них подумает слушатель; чем

сильнее их волнует оценка сказанного ими, тем тщательнее они будут обдумывать свои слова. Позитивные чувства, испытываемые пациентом к психотерапевту, стремление заслужить его одобрение обычно вынуждают пациента предоставлять искаженную информацию. Во-первых, позитивный перенос заставляет пациента подвергать цензуре свою речь, исключая из нее все, что может помешать созданию благоприятного впечатления. Во-вторых, он заставляет пациента включать в свой рассказ мысли, чувства, самоописания, руководствуясь не столько стремлением внести ясность, сколько желанием возбудить интерес психотерапевта и заслужить его одобрение. В обоих случаях позитивный перенос не позволяет пациенту быть до конца откровенным и поэтому порождает сопротивление.

Негативный перенос ведет к сопротивлению, вызывая реакции, сходные с реакциями отвергнутого поклонника. Некоторые пациенты, испытывая фрустрацию и разочарование в связи с невозможностью более близких, интимных отношений, реагируют подавленностью, пассивной или активной. Пассивные депрессивные реакции, связанные с негативным переносом, проявляются в том, что пациент начинает говорить приглушенно и невпопад, теряет интерес к психотерапии, высказывает сомнения в ее успехе и даже в необходимости ее продолжения. В последнем случае переживания пациента, который общается с психотерапевтом и при этом осознает тщетность попыток сблизиться с ним, можно сравнить с переживаниями поклонника или поклонницы, которые вычеркивают из своей жизни недоступную для них персону, будучи не в состоянии переносить ее присутствие из-за сознания того, что она их отвергла.

Активные пациенты, реагируя на отказ психотерапевта удовлетворить их притязания на близкие отношения, как правило, не замыкаются и не обдумывают досрочное прекращение психотерапии, а продолжают упорствовать, сердито, обиженно, пытаясь найти отклик в душе психотерапевта. Без явных признаков гнева они умоляют, корят и увещевают: «Если бы вы только рассказали о себе или мы бы где-нибудь с вами встретились, я смог вас лучше узнать, мне было бы легче вам открыться, и вы бы лучше смогли мне помочь»; «Если бы я действительно была вам небезразлична, вы бы не были таким отчужденным и закрытым»; «Я не удивлюсь, если столкнусь с прежними проблемами из-за того, что для вас я не человек, а всего лишь пациент». Такие заявления пациента требуют тщательно продуманного ответа, при котором психотерапевт не прятался бы за жалкой маской «объективности» и не ввязывался бы в двусмысленные отношения с пациентом, которые бы устроили последнего, но уменьшили бы шансы на успех психотерапии (см. главу 10).

Продолжая рассматривать типы сопротивления, связанного с переносом, отметим, что некоторые пациенты реагируют на отстраненность психотерапевта гневом, а не подавленностью. Разгневанный пациент обычно не стремится навязать психотерапевту близкие отношения, а пытается наказать его за отказ от взаимности. Как правило, негативный перенос в этом случае выражается через хитроумные уловки, осложняющие задачу психотерапевта, например пропуски сеансов, опоздания, отказ от разговора. Не редкость также открыто выраженный негативный перенос в таких формах:

а) *критика мнимого равнодушия психотерапевта* («Вы такой бесчувственный человек, у вас, наверное, вместо сердца камень»; «Я сказал все, что смог, теперь ваша очередь постараться что-то изменить»);
б) *критика манеры проведения психотерапии* («Складывается впечатление, что вы не можете сказать ничего толкового»; «Мне кажется, что у вас недостаточно опыта, чтобы помочь мне в разрешении моей проблемы»);
в) *критика самой психотерапии* («Я не думаю, что этот вид лечения приносит мне пользу»; «Из того, что я слышал, выходит, что психотерапия не так уж и эффективна»).

Столкнувшись с подобной критикой, психотерапевт должен обдумать два вопроса. Во-первых, какая часть сказанного пациентом имеет под собой реальные основания, а какая часть является искажением действительности, обусловленным переносом? Во-вторых, вне зависимости от соотношения оправданных претензий и переноса, на что в поведении пациента следует обратить внимание в первую очередь? Отложив рассмотрение ответов на эти вопросы до главы 10, отметим все же один момент, имеющий непосредственное отношение к обсуждаемой здесь теме: все эти проявления негативного переноса отвлекают пациента от проблем, заставивших его обратиться за помощью, мешают ему говорить о себе и, следовательно, выполняют функцию сопротивления.

Наконец, перенос может приводить к сопротивлению, не только заставляя пациента беспокоиться не о достижении изначальных целей лечения, а о том, чтобы поразить или наказать психотерапевта, но и вызывая у него тревогу и дискомфорт. Если признание своих чувств к психотерапевту приводит пациента в замешательство, что неудивительно, если он испытывает любовь или ненависть, это может вызвать сопротивление содержанию. Так, пациенты, не склонные открыто выражать свое расположение, обычно отрицают или подавляют свои позитивные чувства к психотерапевту, даже если это приводит к сдержанности и неискренности в разговоре с ним. А пациенты, которых пугает собственное чувство гнева и его проявления, обычно борются с негативным переносом даже ценой большей замкнутости и уменьшения сферы самосознания. Таким образом, чувства к психотерапевту, которые не были открыто или косвенно выражены, могут провоцировать сопротивление в форме уклонения от обсуждения и осмысления некоторых тем[10].

Признаки сопротивления

При рассмотрении истоков сопротивления было приведено множество примеров его проявления. Однако признаки нежелания участвовать в психотерапии не всегда столь очевидны, как в примерах. Кроме того, конкретные примеры не позволяют научиться распознавать сопротивление так, как этому можно научиться, имея четкие представления о типах поведения, в которых оно отражается. К пяти перечисленным ниже типам поведения пациента во время психотерапии можно отнести большинство форм проявления сопротивления:

а) уменьшение времени, затрачиваемого на психотерапию;
б) уменьшение продолжительности разговора с психотерапевтом и сужение круга обсуждаемых тем;

в) изоляция психотерапии от реальной жизни;
г) отреагирование;
д) «бегство в здоровье».

Уменьшение времени, затрачиваемого на психотерапию

Для сопротивления психотерапевтическому воздействию без явного отказа от условий психотерапевтического контракта пациенту легче всего найти «причины» для уменьшения времени общения с психотерапевтом. В частности, пациенты, которые опаздывают на сеансы, просят пораньше их отпустить, отменяют или пропускают встречи или преждевременно настаивают на окончании лечения, нередко тем самым проявляют сопротивление участию в психотерапии посредством простого сокращения ее продолжительности.

Однако, несмотря на всю очевидность того, что уменьшение времени, затрачиваемого на психотерапию, служит цели сопротивления, отличить опоздание пациента или отмену сеанса по объективным причинам от сопротивления не так-то просто. «Я попала в пробку», — извиняется женщина, врываясь в кабинет психотерапевта, опоздав на десять минут, или: «Он тяжело заболел и не может приехать», — сообщает жена пациента, отменяя его встречу с психотерапевтом. Как психотерапевту интерпретировать эти события? Каждый может попасть в пробку и опоздать на встречу, всей душой стремясь быть вовремя. Предвидела ли эта женщина интенсивное движение и отправилась ли к психотерапевту с запасом времени? Или ее опоздание объясняется не нетипичным скоплением машин на дорогах, а тем, что она вышла из дома позже обычного? Может быть, несмотря на пробки, она приехала бы вовремя, если бы не разговорилась со знакомой на автомобильной стоянке?

Что касается отмены встречи заболевшим мужчиной, это, скорее всего, правда, а не сопротивление. Но настолько ли серьезен недуг пациента, что он не может прийти на сеанс? Возможно, «заболевание» — это тревожная или фобическая реакция, проявившаяся в головной боли, неприятных ощущениях в области живота или каких-то других физических жалобах, свидетельствующих об уклонении от психотерапии? Или же вся история с болезнью была выдумана пациентом, чтобы избавиться от необходимости откровенно сообщить о своем нежелании посещать психотерапевта[11]?

Таким образом, соотношение в этих событиях правды и сопротивления зависит от специфического контекста, в котором они происходят. При решении этого вопроса в каждом конкретном случае неуместны ни крайняя наивность, ни суровый скептицизм. Психотерапевт должен быть достаточно бдителен, чтобы распознавать элементы переноса в предлагаемых пациентом объяснениях уменьшения времени своего участия в психотерапии. В то же время психотерапевт должен в достаточной мере учитывать объективные обстоятельства и разницу между ближними и отдаленными дериватами, чтобы принять одни объяснения и отложить обсуждение других, даже если они кажутся неудовлетворительными.

Объяснения причин пропуска или сокращения сеанса обычно укладываются в три категории. Некоторые объяснения кажутся настолько правдоподобными, не похожими на сопротивление, что не дают повода для их дальнейшего анализа.

Например, пациента, отменившего сеанс и явившегося в следующий раз с очевидными признаками тяжелой простуды, или пациента, представившего вполне правдоподобное объяснение своего опоздания, не следует мучить расспросами, пытаясь усмотреть в его поведении признаки сопротивления.

Во вторую группу входят объяснения, допускающие двоякое толкование и требующие дальнейшей проверки. Допустим, некий мужчина отменяет сеанс в связи с намечающейся командировкой в другой город. Командировка кажется уважительной причиной для пропуска сеанса, однако так ли проста эта ситуация? Была у пациента срочная необходимость покинуть город именно в день, на который назначена психотерапия, или он мог перенести командировку на другой день, но не воспользовался этой возможностью? Или, если командировку все-таки нельзя было перенести, была ли возможность отправиться в поездку днем, оставив утреннее время для визита к психотерапевту? В таких двусмысленных обстоятельствах, когда трудно отличить объективную реальность от сопротивления, подробности объяснения пациента необходимо тщательно исследовать, чтобы убедиться в правильности одной из двух гипотез.

Объяснения третьего типа с самого начала не оставляют сомнений в том, что поведение пациента отражает сопротивление, и требуют соответствующей реакции. Либо пациент сопротивляется настолько открыто, что его поведению невозможно найти разумное объяснение, либо его объяснение звучит столь фальшиво, что тут же выдает истинное положение дел. Что касается очевидности сопротивления, отсутствие на сеансе без предупреждения и просьба завершить сеанс пораньше практически всегда указывают на наличие сопротивления, поскольку ничто в жизни пациента, кроме чрезвычайных обстоятельств, не может явиться удовлетворительным объяснением такого поведения. То есть в поведении женщины, без предупреждения пропустившей сеанс в связи с тем, что ее сын упал с дерева и был отправлен на «скорой помощи» в больницу, вряд ли можно усмотреть сопротивление психотерапии, тогда как в поведении женщины, начавшей сеанс с просьбы отпустить ее пораньше, поскольку ей нужно отвести сына к зубному врачу (к которому можно было записаться и на другое время), имеются явные признаки сопротивления. Что касается качества предлагаемого объяснения, то пациент, опоздавший на сеанс и заявивший: «Сегодня я просто не мог заставить себя поторопиться», и пациент, отменивший сеанс, поскольку он «не расположен сегодня к разговору», почти наверняка проявляют сопротивление, хотя их поведение могло бы показаться неоднозначным, если бы они попытались найти какой-нибудь удобный предлог.

Особого внимания заслуживают преждевременные разговоры пациента о завершении психотерапии, поскольку они могут предвещать уменьшение времени, затрачиваемого на лечение. Заводя речь об окончании психотерапии, пациент обычно либо указывает на невозможность ее продолжения в связи с такими обстоятельствами, как переезд в другой город, либо сообщает о незаинтересованности в продолжении психотерапии, так как потребность в помощи психотерапевта отпала. Кроме того, пациент может просто, без объяснений, перестать являться на сеансы. Однако если таким решительным действиям предшествовал период конструктивной совместной работы, они редко предпринимаются без предупреждения.

Каждый из этих трех способов приближения завершения психотерапии может включать элементы сопротивления и реальности. Пациент, утверждающий, что он не в состоянии продолжать психотерапию, может в действительности планировать переезд за сотни километров с целью посещения учебного заведения или в связи с переходом на новую работу. Однако может быть, что он переезжает всего лишь в другой район, находящийся не намного дальше от места работы психотерапевта, чем прежний, или что он просто взял на себя дополнительные обязанности, которые несколько затрудняют регулярное посещение психотерапевта. Если в первом случае прекращение психотерапии оправданно, то последние два объяснения — скорее всего, лишь предлог для завершения психотерапии, что дает психотерапевту право подозревать наличие сопротивления. Аналогично, пациент, утверждающий, что он не ощущает потребности в дальнейшем лечении, может как проявлять сопротивление, так и давать точную оценку своего состояния, которое объективно улучшилось в ходе психотерапии. Причем в последнем случае его намерение завершить психотерапию будет вполне оправданным. Даже пациенты, которые бросили психотерапию и которых поэтому есть все основания подозревать в сопротивлении, могли просто не признаваться психотерапевту в том, что они добились своих целей и не нуждаются в продолжении психотерапии (это подразумевает, что, проявив большую чуткость и, возможно, меньше опеки, психотерапевт заметил бы улучшение состояния пациента и сам порекомендовал бы завершить лечение).

Быстро и эффективно справиться с предвестниками прерывания психотерапии как с признаками довольно сильного сопротивления весьма трудно, прежде всего, из-за того, что такой шанс нередко предоставляется лишь один раз. Проигнорированное или неразрешенное сопротивление, приведшее к разрыву психотерапевтического контракта, уже нельзя будет заметить или отреагировать на него с большей пользой — пациент бросил психотерапию, лишив психотерапевта возможности оказать ему помощь. Более подробно отличительные признаки своевременного окончания психотерапии по объективным соображениям и преждевременного завершения психотерапии как проявления сопротивления рассматриваются в главе 12.

Уменьшение продолжительности разговора с психотерапевтом и сужение круга обсуждаемых тем

Если уменьшение времени, затрачиваемого на психотерапию, является самым простым способом свести к минимуму ее воздействие, то самой распространенной формой сопротивления является уменьшение продолжительности разговора с психотерапевтом и сужение круга обсуждаемых с ним тем. Оценка времени, затрачиваемого на психотерапию, связана с сопоставлением периода нахождения пациента в кабинете психотерапевта и жизнью пациента за его пределами, а то, является ли уменьшение времени психотерапии сопротивлением, зависит от соответствия предлагаемого пациентом объяснения объективным реалиям. Уменьшение же продолжительности разговора с психотерапевтом и разнообразия затрагиваемых тем следует рассматривать исключительно в контексте психотерапевтической ситуации, и любые попытки пациента ограничить содержание или

объем высказываний необходимо считать безусловным доказательством сопротивления (если только пациент не простужен). Чтобы научиться замечать случаи такого ограничения, психотерапевт должен внимательно прислушиваться к тому, что можно назвать языком *молчания*, языком *фиксации* и языком *избегания*.

Молчание

Если пациент говорит значительно менее свободно, чем обычно, или вообще умолкает, можно сделать вывод о том, что его стремление к достижению целей психотерапии временно подавлено желанием избежать дискомфорта. Поскольку молчание — эффективный способ уклониться от обсуждения неприятных тем, оно часто используется для сопротивления психотерапии и всегда указывает на это сопротивление.

Пытаясь объяснить свою сдержанность, по собственной инициативе или в ответ на конфронтацию, указывающую на его молчание, пациент может заявить: «Я не очень расположен сегодня к беседе» или: «Ничего особенного не произошло, поэтому мне нечего рассказывать». Как бы в этом случае ни оправдывался пациент, психотерапевт не должен впадать в заблуждение, принимая на веру его объяснения. В соответствии с условиями утвержденного обоими участниками психотерапевтического контракта (если, конечно, начальная фаза психотерапии была проведена правильно, как описано в главе 6), пациент должен говорить, вне зависимости от того, настроен он на разговор или нет, и сообщать то, что приходит ему на ум, как бы мало событий ни произошло в его жизни. Это не означает, что психотерапевт должен отчитывать пациента за его нежелание говорить. Необходимо осознать наличие скрытых препятствий к коммуникации, а затем попытаться оказать пациенту конструктивную помощь в выявлении и разрешении обнаруженного источника сопротивления.

Иногда пациенты заявляют, что им просто нечего сказать, потому что «совершенно ничего не приходит в голову». Однако есть смысл поинтересоваться, возможно ли такое, что в состоянии сознательного бодрствования на ум не приходит «совершенно ничего». Пациент, утверждающий, что ему ничего не приходит на ум, скорее всего либо лицемерит, чтобы скрыть свои мысли и чувства, либо прилагает все усилия к тому, чтобы ни о чем не думать и тем самым оправдать свое молчание. В любом случае заявление пациента о том, что ему нечего сказать, — не менее убедительное подтверждение сопротивления, чем открытое признание нежелания поделиться своими мыслями.

Фиксация

Как отмечалось в главе 8, существует четыре параметра, с помощью которых можно охарактеризовать то, о чем сообщает пациент на психотерапевтическом сеансе. Он может говорить о прошлом или о настоящем, в конкретных или абстрактных выражениях, о мыслях или о чувствах, в связи с психотерапией или безотносительно к психотерапии. Чрезмерная выраженность одного из элементов какой-либо из этих пар служит материалом для конфронтации, привлекающей внимание к игнорируемому элементу, то есть к тому, о чем пациент не говорит. Любое подобное смещение акцентов можно определить как *фиксацию*, выполняющую

функцию сопротивления через ограничение круга обсуждаемых тем. Буш (Busch, 1995, chapter 5) также отмечает, что в качестве сопротивления могут выступать как слова и действия пациента, так и то, что он не говорит и не делает.

Если пациент говорит свободно, то обычно затрагивает события и прошлого и настоящего, использует как абстрактные, так и конкретные выражения, сообщает как о мыслях, так и о чувствах, и обсуждает то, что происходит, как внутри, так и вне психотерапевтической ситуации. Замечая, что пациент сосредоточивается на каком-то одном из указанных аспектов в ущерб другому, психотерапевт имеет дело с языком фиксации. Так, пациент, который без умолку рассказывает о своем детстве, но редко по собственной инициативе заводит речь о нынешней жизни, проявляет сопротивление. Как бы ни были ярки детские воспоминания пациента, явное нежелание включать в свой рассказ описание актуальных событий наводит на мысль о том, что ему трудно говорить о настоящем и что проблемы, по поводу которых он обратился за помощью, имеют тесную связь именно с настоящим.

Пациенты, не упоминающие о психотерапевтических отношениях, также проявляют сопротивление, как и те, кто не говорит ни о чем другом, кроме как об отношениях с психотерапевтом. То же значение имеют и фиксации, связанные с такими параметрами содержания, как абстрактность/конкретность и мысли/чувства. Однако психотерапевт должен осторожно использовать язык фиксаций как ключ к сопротивлению, не приписывая любым словам пациента значение сопротивления лишь потому, что он не сказал что-то другое. Смысл фиксации как признака сопротивления сводится к тому, что преобладание в речи пациента определенных стереотипов часто оказывается проявлением сопротивления.

Избегание

Помимо содержательных фиксаций, которые представляют собой одну из форм избегания, в психотерапии существует специфический язык избегания, имеющий отношение преимущественно к тому, о чем пациент умалчивает, а не к тому, как он это делает. Пациент, опасающийся межличностной близости, может описывать свой страх только в контексте прошедших событий, или только в абстрактных выражениях, или не сообщая о своих чувствах, или не упоминая о своем отношении к психотерапевту. В каждом случае пациент фиксируется на одном способе рассмотрения проблемы, по-видимому, сопротивляясь другим. Если же этот пациент вообще не упоминает о страхе перед доверительными отношениями ни в одном из четырех аспектов, тогда сопротивление проявляется через язык избегания.

Язык избегания легко распознать, если пациент ходит вокруг темы, непосредственно связанной с его переживаниями, но не говорит на эту тему. Вспомним, к примеру, пациентку с супружескими проблемами, которая с разных сторон рассматривает свои отношения с мужем, но умолкает, меняет тему или уклоняется от разговора, как только речь заходит о сексуальной жизни. Любое подобное избегание потенциально важного вопроса свидетельствует о сопротивлении.

Иногда избегание не столь очевидно, особенно если пациент во время бесед с психотерапевтом непринужденно рассказывает о своих мыслях, чувствах и впечатлениях, не давая повода заподозрить его в замалчивании каких-то тем. В такие

моменты следует помнить о том, что при психотерапии внимание должно сосредоточиваться на по меньшей мере частично проблематичных вопросах, о которых неприятно думать и говорить. Соответственно, пациенты, открыто, без сопротивления, участвующие в психотерапевтическом процессе, обычно легко говорят об одном, но сдержанно — о другом, чувствуют себя комфортно на одних сеансах и испытывают тревогу, подавленность или раздражение — на других. Если таких колебаний не происходит, пациент, скорее всего, сопротивляется, несмотря на кажущуюся откровенность. Из неизменной беззаботности пациента психотерапевт может сделать вывод о сокрытии некоторых потенциально важных мыслей и чувств, даже не имея ни малейшего представления о предмете избегания.

Тем не менее психотерапевту не следует пользоваться каждой возможностью, чтобы уличить пациента в избегании. С помощью психотерапии нельзя многого добиться, если пациент будет говорить только о том, что ему нравится, однако работа психотерапевта не будет максимально эффективной, если он будет обращать внимание только на тревогу, замешательство, печаль и неудачи пациента. Самопознание в процессе психотерапии, как и познание вообще, наиболее продуктивно в том случае, если периоды знакомства с чем-то новым чередуются с периодами закрепления старого. Пациенту нужно время, чтобы обдумать альтернативные представления о самом себе и своем опыте, а также время, чтобы оправиться от дистресса, вызванного конфронтацией с этими представлениями.

Пациенты обычно находят способ удовлетворить эту потребность, завершая работу над интерпретационной последовательностью периодом «отступления» или восстановления внутреннего равновесия, периодом, когда они ограничиваются обсуждением малозначащих вещей. Хотя, строго говоря, такое ограничение свидетельствует о сопротивлении, его следует рассматривать как предсказуемый способ «передохнуть» между интерпретациями. Этот перерыв следует отличать от избегания, которое не зависит от интерпретационной работы и продолжается дольше, чем необходимо для восстановления внутреннего равновесия после интерпретационной последовательности. В случае избегания необходимо использовать интерпретации, тогда как «передышка» — это необходимое, предсказуемое инерционное движение, которое следует оставить без комментариев.

Изоляция психотерапии от реальной жизни

Одним из наиболее эффективных средств сопротивления воздействию психотерапии является сведение к минимуму ее влияния на жизнь вне кабинета психотерапевта. Эту форму сопротивления легче всего распознать в ретроспективе, поскольку рано или поздно становится очевидно, что прогресс в самопонимании не воплощается в более эффективном, полноценном образе жизни. Непосредственно во время психотерапии проявление этой формы сопротивления сводится к завуалированным попыткам пациента отделить свой опыт психотерапевтического пациента в кабинете психотерапевта от опыта исполнения других ролей в других местах.

Пациенты, стремящиеся изолировать психотерапию от своей реальной жизни, обычно пытаются поддерживать с психотерапевтом два разных, не связанных

между собой типа отношений — «психотерапевтические отношения» и «жизненные отношения». В психотерапевтических отношениях они исполняют свою роль в соответствии с условиями психотерапевтического контракта, а в жизненных отношениях они стараются найти возможность для общения с психотерапевтом за рамками, обозначенными психотерапевтическим контрактом. Чем лучше пациентам удается сохранить такое разделение, тем более непроницаемой становится граница между их жизнью как психотерапевтических пациентов и их жизнью вне психотерапии, и тем сильнее их сопротивление влиянию достигнутого в ходе психотерапии на поведение в реальной жизни.

Пояснить концепцию изоляции психотерапии от жизни поможет пример попытки установления двух типов отношений с психотерапевтом. Допустим, пациент входит в кабинет и, пока он и психотерапевт еще стоят, радостно восклицает: «Как дела, док?» А затем, усевшись, становится мрачным, угрюмым и заявляет: «Сегодня я хотел бы поговорить об одной действительно тяжелой ситуации, которую мне пришлось пережить». Что в действительности представляет из себя пациент, описанный в этом отрывке? Жизнерадостный, пышущий энергией мужчина, начавший беседу в неформальном тоне, или обеспокоенный, удрученный человек, начавший разговор с формального объявления актуальной для него темы? Очевидно, пациент не может быть и тем и другим, таким образом, мы имеем дело с демонстрацией психотерапевту одного лица — когда пациент произносит приветствие, и другого — когда он переходит к делу. Бесспорно, приветствие можно рассматривать как вынужденную попытку показаться беззаботным, чтобы смягчить впечатление от неприятного инцидента, о котором затем пойдет речь, — однако уже здесь наблюдаются зачатки сопротивления. Если пациент считает, что его жизненные проблемы, его уныние не должны сказываться на отношениях с психотерапевтом, что даже будучи огорченным он должен встречать психотерапевта улыбкой, с не меньшим успехом он будет оберегать свое поведение в реальной жизни от влияния того, что он узнал в процессе психотерапии.

Такая же попытка разграничить психотерапию и реальную жизнь, поддерживая двойственное отношение к психотерапевту, имеет место и в следующих примерах: пациент останавливает психотерапевта в холле перед кабинетом и говорит: «Прежде чем мы зайдем *туда* [с несколько зловещим ударением на «туда»], я бы хотел вас кое о чем попросить»; в середине сеанса пациент говорит: «Я хотел бы, чтобы вы на мгновенье перестали быть психотерапевтом и сказали, что вы действительно думаете по этому поводу»; пациентка, направляющаяся к двери после ничем не примечательного сеанса, останавливается и говорит с бóльшим чувством, чем во все предшествовавшие 50 минут: «Теперь, когда наше время истекло, я могу рассказать вам о чем-то важном»; пациент звонит психотерапевту по телефону и заявляет: «Я знаю, что на сеансах вы обычно это не делаете, но мне прямо сейчас нужен ваш совет, соглашаться ли мне на новую работу». В каждом из этих примеров пациент пытается отделить какой-то момент от психотерапевтических отношений, вынося его за рамки времени, места или ролевого поведения, определяемые психотерапевтическим контрактом.

Таким образом, чтобы распознать стремление пациента изолировать психотерапию от реальной жизни, психотерапевт должен чутко реагировать на любую

тенденцию пациента к внутреннему разделению психотерапевтических отношений — к такому разделению, при котором определенные темы, стиль общения или ролевое поведение проявляются лишь в начале или конце сеанса, или только за пределами кабинета, или только в телефонном разговоре, или как-то иначе — в разное время и разных местах. С другой стороны, психотерапевтические отношения, как будет рассказано в следующих двух главах, действительно представляют собой квинтэссенцию факторов реальности, элементов переноса и «рабочего альянса» пациента с психотерапевтом. Пациент может поочередно подчеркивать то один, то другой аспект психотерапевтических отношений, заметно смещая акценты; это смещение проявляется в том, что и как он говорит, при отсутствии, однако, обособления этих аспектов. Смещение акцентов естественным образом обусловлено ходом психотерапии и не связано с каким-либо намеренным разделением по времени, месту или ролевому поведению.

Когда же психотерапия изолируется от реальной жизни, переход от одних ролевых отношений с психотерапевтом к другим осуществляется по воле пациента, так что некоторые темы затрагиваются только в определенное время или в определенной манере. Более того, пациенты, проявляющие сопротивление через изоляцию психотерапии от своей жизни, не ограничиваются тем, что становятся участниками непсихотерапевтических отношений с психотерапевтом. Они сознательно пытаются построить с ним «жизненные» взаимоотношения, которые рассматривают как нечто независимое от психотерапевтических отношений.

Оремланд (Oremland, 1991, chapter 3) совершенно верно предостерегает психотерапевтов от содействия такому разделению психотерапевтических отношений и рекомендует указывать пациентам на то, что оно нарушает график психотерапевтической работы. Он отмечает, что такие утверждения, как «прежде чем мы начнем, я должен рассказать вам, что...», подразумевают наличие материала «внутри» сеанса и «вне» сеанса и проводят искусственную границу между взаимодействием пациента с психотерапевтом, которое относится к психотерапии, и взаимодействием, которое к ней не относится. Хотя изменения в графике работы с психотерапевтом напрямую связаны с реальной жизнью, то, как на них реагирует пациент, является частью психотерапевтического процесса, и в словах психотерапевта не должно звучать намека на то, что психотерапевтические отношения содержат какие-либо совершенно не зависимые друг от друга компоненты.

Отреагирование

Отреагирование — это разрешение психологического конфликта с помощью преобразования вызывающих тревогу импульсов в поведение, при котором происходит разрядка этих импульсов. Снижая накал внутренней борьбы с конфликтами, отреагирование приводит к временному ослаблению тревоги. Однако, будучи импульсивным, необдуманным, оно, как правило, порождает новые источники тревоги. Отреагирование нередко заставляет человека испытывать чувство вины или стыда, навлекает гнев или презрение других людей, оказывается саморазрушительным и в других отношениях.

Отреагирование препятствует процессу психотерапии, выполняя функцию сопротивления. Прежде всего, люди, прибегающие к отреагированию, отказывают-

ся в пользу действия от анализа собственных мыслей и от открытости собственным чувствам. Поспешный поступок закрывает путь к самопониманию и самонаблюдению, а само оно подразумевает минимум самосознания. Таким образом, отреагирование по своей природе несовместимо с процессом психотерапии, поскольку связано с подменой немедленным действием попыток спланировать более эффективные действия на основе более глубокого самопонимания. Отреагирование проблемы помогает избежать ее обсуждения, а поведение в форме отреагирования во время психотерапии подразумевает, что некоторые важные переживания пациента не выносятся на рассмотрение, поскольку реализуются сразу в действии.

Леви (Levy, 1990, р. 142) в этой связи отмечает, что «отреагирование следует понимать и интерпретировать как особую форму сопротивления, при которой поведение служит как средством избегания прямого вынесения на обсуждение определенного материала, так и косвенным признаком наличия такого материала». Таким образом, содержательная сторона сопротивления становится особенно ясной, если оно принимает форму отреагирования, а способность психотерапевта распознать смысл отреагирования пациента и предпринять соответствующие действия может помочь пресечь такое нежелательное поведение или, по крайней мере, предупредить его усугубление[12].

Отреагирование может также явиться специфической реакцией на тревогу, вызванную обсуждением какой-то темы. Так, пациент при рассмотрении сложной, провоцирующей тревогу жизненной ситуации или своего поведения в ней может испытать соблазн предпринять какие-то действия, чтобы «устранить» проблему и таким образом предотвратить ее обсуждение. Возвращаясь к примеру с женщиной, имеющей супружеские проблемы и стоящей перед необходимостью рассмотреть вызывающий неприятные чувства сексуальный аспект отношений с мужем, предположим, что она внезапно заявляет о том, что вместе с мужем они приняли решение разъехаться и что он уже забрал вещи и подыскал себе новое жилье. «На настоящий момент я разрешила свою супружескую ситуацию, — подразумевают ее действия, — поэтому ее больше не нужно обсуждать».

Один из довольно распространенных вариантов отрегирования заслуживает отдельного упоминания, поскольку иногда он является единственным отчетливым признаком сопротивления пациента участию в психотерапии. Эта модель сопротивления заключается в обсуждении проблем и переживаний, имеющих отношение к психотерапии, не с психотерапевтом. От людей, посещающих психотерапевта, естественно не требуется разрывать нормальные социальные и межличностные связи; в действительности, целью психотерапии часто является расширение круга знакомых пациента, с которыми он мог бы обсудить общие интересы и заботы. Однако, чего не должно происходить, это регулярных разговоров о прошедших психотерапевтических сеансах с супругом(-ой), с родственником или другом, особенно если при этом рассматривается то, что не было доведено до сведения психотерапевта.

Такое использование «вспомогательных» психотерапевтов как совещательной комиссии препятствует коммуникации при психотерапии, лишая яркости то, что выносится на рассмотрение во время психотерапевтического сеанса, и снижая зна-

чимость достигнутых при этом результатов. Чем более пациент склонен изливать душу за пределами психотерапевтического кабинета, тем менее спонтанным он будет при общении с психотерапевтом и тем меньше у психотерапевта будет шансов работать со свежими идеями и эмоционально насыщенными переживаниями; психотерапия, по выражению Фрейда (S. Freud, 1913/1958a, p. 136), «даст течь, пропуская именно то, что наиболее ценно». Чем чаще пациент будет обращаться за поддержкой и советом к другим людям, тем менее значимыми для него будут комментарии и замечания психотерапевта.

Любые намеки на то, что пациент регулярно обсуждает лечение с кем-то другим, или просит кого-то поделиться своим мнением о рассматриваемых с психотерапевтом вопросах, или представляет ценную для психотерапии информацию другим людям, должны привлекать внимание психотерапевта как вероятные проявления сопротивления. Иногда может даже выясниться, что пациент обдумывает возможность обратиться к другому специалисту и работать одновременно с двумя, или что он уже реализовал свое намерение. Не предупредив психотерапевта, пациент, например, мог начать посещать консультанта по супружеским вопросам, найти духовника или попросить семейного доктора назначить какие-либо психотропные препараты.

Несомненно, человеку с психологическими проблемами можно помочь разными способами; для некоторых пациентов оптимальным является сочетание индивидуальной психотерапии с групповой или семейной, с супружеским или профессиональным консультированием, наставничеством духовного лица или медикаментозным лечением. Однако если основным видом лечения все-таки является индивидуальная психотерапия, необходимо позаботиться о том, чтобы помощь из других источников подкрепляла, а не ослабляла действие основного лечения и чтобы другие методы и пациентом и психотерапевтом расценивались как необходимое дополнение к их совместной работе. Принимая в одностороннем порядке решение обратиться со своими проблемами к другим источникам психологической помощи, пациент сопротивляется психотерапии, так как предпринимает действия, которые будут нивелировать ее влияние.

«Бегство в здоровье»

На первых стадиях психотерапии пациенты обычно начинают чувствовать себя лучше или вести себя более эффективно. Эти первые успехи — результат не столько самой психотерапевтической работы, которая еще только предстоит, сколько позитивной установки пациента на участие в психотерапии. Увидев, что психотерапевт взял на себя обязательство с ним работать и способен оказывать помощь, большинство людей приобретают некоторую уверенность в возможности разрешения своих психологических проблем. Кроме того, пациенты обычно довольны своим решительным шагом — обращением за профессиональной помощью, а их самооценка повышается в связи с проявляемым к ним интересом со стороны психотерапевта. Окрыленный надеждами и воодушевленный возросшим уважением к себе, «начинающий» пациент может внезапно ощутить избавление от тягостной симптоматики или обнаружить в себе способность управлять неадаптивным поведением.

Иногда такое быстрое улучшение состояния происходит на этапе диагностики, до заключения психотерапевтического контракта, и даже в период между записью на прием к психотерапевту и первым визитом. Иными словами, некоторым людям облегчение приносит сама возможность обсудить свои тревоги и получить их профессиональную оценку или просто назначить встречу с этой целью. Первые контакты, даже если они ограничены назначением встречи по телефону, означают для пациента, что он предпринял некое решительное действие для разрешения своей проблемы и что скоро он получит помощь. Обнадеживающих перспектив и чувства достижения, связанных с этими дотерапевтическими контактами, может быть достаточно, чтобы облегчить страдания человека и помочь ему действовать более эффективно, по крайней мере, какое-то время.

Однако иногда быстрое улучшение на начальных этапах психотерапии свидетельствует о сопротивлении, а не извлечении из нее реальной пользы. Пациент, не стремящийся продолжить психотерапию, может внезапно обнаружить, что его самочувствие улучшилось, а поведение стало более эффективным. Если об улучшении сообщается психотерапевту, подтекст ясен: «Посмотрите, мне уже гораздо лучше, я действительно не нуждаюсь в продолжении этого лечения». Быстрое исчезновение симптоматики в такой форме, как повод для уклонения, представляет собой так называемое *бегство в здоровье* и выполняет функцию сопротивления (см. Oremland, 1972; Train, 1953).

Нет нужды добавлять, что мнимое кратковременное улучшение состояния в форме бегства в здоровье следует отличать от стойкого улучшения состояния, достигнутого на начальных этапах психотерапии. Психотерапевт не должен игнорировать возможность ранних успехов в ходе психотерапии и не должен дискредитировать эти успехи, интерпретируя их как сопротивление. В то же время ему необходимо чутко реагировать на возможные элементы сопротивления, объясняющие мнимое быстрое улучшение, чтобы суметь обратить на них внимание пациента до того, как он поставит под сомнение продолжение психотерапии.

Элементы сопротивления в раннем улучшении состояния пациента можно распознать по характеру улучшения, о котором сообщает пациент, по времени его наступления и придаваемому ему смыслу. Чем более скромными, правдоподобными и стойкими кажутся достижения, тем выше вероятность того, что они отражают реальные успехи, а не бегство в здоровье. И наоборот, полное драматизма заявление («Я будто заново родился») о невероятных изменениях («От застенчивости, преследовавшей меня последние двадцать лет, не осталось и следа»), которые оказываются весьма нестойкими («Некоторое время на прошлой неделе я чувствовал себя другим человеком, но теперь я вновь застенчив, как и прежде»), указывает на иллюзию улучшения и, вероятнее всего, отражает сопротивление продолжению психотерапии.

Если говорить о времени наступления улучшения, то, чем выше вероятность наступления улучшения при естественном ходе жизненных событий, независимо от содержания психотерапевтических сеансов, тем больше оснований рассматривать его как реальность. Если же улучшение происходит вслед за сеансом, на котором обсуждались темы, провоцировавшие тревогу, и психотерапевт предложил

наглядные, эффективные конфронтации или интерпретации, в поведенческом изменении нетрудно распознать элементы сопротивления. Для этой формы сопротивления был предложен термин «бегство от инсайта» (Wheelis, 1949).

Что касается смысла, приписываемого улучшению состояния на начальном этапе психотерапии, то, если сообщение об улучшении сопровождается возрастанием энтузиазма пациента в отношении дальнейшей психотерапии, вероятнее всего, его успехи реальны. Изменения, которые пациент ощутил в себе, укрепили в нем веру в возможность получить пользу от лечения, поэтому сеансы, проведенные непосредственно после достижения некоторого улучшения, обычно примечательны отсутствием признаков сопротивления. Если же из улучшения состояния пациент делает вывод о том, что необходимость в лечении отпала или что, судя по темпам улучшения, в психотерапии вообще не было необходимости, это, скорее всего, свидетельствует о наличии сопротивления в форме бегства в здоровье.

В завершение этого раздела следует обратить внимание на то, что отвержение интерпретации не было включено в категорию проявлений сопротивления. Для психотерапевта заманчиво рассматривать несогласие с интерпретацией как признак сопротивления. Однако поддаться этому соблазну — значит считать психотерапевта всеведущим и во всем винить пациента. Интерпретации — это всего лишь альтернативные гипотезы, а не истина в последней инстанции, как подчеркивалось в главе 8. Истинной интерпретацию делает не то, что она звучит из уст психотерапевта, а то, что пациент находит ее конгруэнтной своему опыту. Если пациент отклоняет интерпретацию, значит, она была неверной, несвоевременной или неудачно сформулированной, и психотерапевт должен обратить внимание не столько на элементы сопротивления в поведении пациента, сколько на развитие своей чуткости или специальных навыков для подготовки пациента к восприятию интерпретации.

Реагирование на сопротивление

То, как психотерапевт реагирует на сопротивление, в значительной мере влияет на течение психотерапевтического процесса и на его исход. Реагирование на сопротивление не тождественно интерпретированию сопротивления в каждом случае его возникновения. Психотерапевту приходится принимать избирательные решения о том, когда и как интерпретировать сопротивление, руководствуясь при этом общими принципами интерпретирования, изложенными в главе 8. В рамках этой системы принципов возможны четыре формы реагирования на сопротивления:

а) позволить сопротивлению нарастать;
б) преодолеть сопротивление;
в) проанализировать сопротивление;
г) прорвать сопротивление.

Предоставление возможности нарастания сопротивления

Так же как он это делает, отказываясь от интерпретации при отсутствии подтверждающей ее информации, психотерапевт должен воздерживаться от активной

реакции на сопротивление, если не убежден в том, что сможет доказать его наличие. Даже если психотерапевт уверен в том, как и почему пациент сопротивляется, его попытки передать свое понимание пациенту будут бесполезны, если он сначала не поможет пациенту признать свое сопротивление.

Чтобы помочь пациенту осознать, что какой-то аспект его поведения выполняет функцию сопротивления, как правило, необходимы довольно веские аргументы. Возвращаясь к примеру с опоздавшим пациентом, предположим, что, обычно пунктуальный, из-за интенсивного движения он приезжает на психотерапевтический сеанс с пятиминутным опозданием. Отдельного инцидента с незначительным опозданием недостаточно для того, чтобы подтвердить правильность интерпретации сопротивления, которую, даже если она соответствует действительности, пациент может счесть не заслуживающей внимания или необоснованной. То же справедливо в отношении пациента, который несколько нерешительно выносит на обсуждение новую тему, или пациента, который однажды, входя в кабинет, спросил: «Как поживаете?» И напротив, пациенту, который три раза подряд опаздывает на пятнадцать минут «из-за пробок», или отказывается от дальнейшего обсуждения некоторых тем, или интересуется подробностями состояния здоровья психотерапевта — иными словами, пациенту, у которого проявления сопротивления очевидны и регулярны, — можно сравнительно легко показать, что его поведение, вероятно, мотивировано желанием избежать полного участия в психотерапевтическом процессе.

Поэтому первое в реагировании на сопротивление — позволить ему достигнуть той точки, когда пациента можно будет подвести к осознанию и дальнейшему анализу этого сопротивления. Если же странное поведение, например незначительная задержка, не перерастает в длительные или регулярные опоздания, возможное нежелание пациента участвовать в психотерапии несущественно и недоказуемо. Значимое сопротивление быстро не угасает; оно становится все более частым и выраженным, легко поддающимся подтверждению и исследованию.

Позволяя сопротивлению нарастать, психотерапевт практически ничем не рискует и повышает шансы на эффективное интерпретирование сопротивления. Для этого он должен воздерживаться от того, чтобы уличать пациента в сопротивлении при первых же его признаках, точно так же как он это делает, воздерживаясь от преждевременного или слишком частого интерпретирования. Соблюдать это ограничение помогает строгий контроль времени и объема интерпретирования, а также учет того, что задача психотерапевта — быть не столько умным, сколько полезным.

Преодоление сопротивления

Когда сопротивление становится вполне очевидным и доказуемым, пассивность психотерапевта превращается в ошибку упущения. Психотерапевт, который игнорирует явное сопротивление, ожидая или надеясь, что оно исчезнет, пока он будет работать с доступным материалом, уклоняется от выполнения своих обязанностей. Выраженное сопротивление, оставленное без внимания, обычно обостряется и может вызвать у пациента сомнения относительно продолжения пси-

хотерапии или перспектив получения от нее помощи. Даже если случилось так, что сопротивление прошло само, и у пациента не появилась мысль бросить психотерапию, не поколебалась его вера в успех, возможность проанализировать значимый процессуальный аспект психотерапии была упущена. Что бы ни служило основанием — угроза продуктивности дальнейшей психотерапии или потеря возможности ускорить достижение позитивных результатов — сопротивление, становясь выраженным, требует активного вмешательства со стороны психотерапевта.

Одна из форм активного реагирования на сопротивление — попытка его преодолеть. Иногда психотерапевту может показаться, что попытки помочь пациенту понять свое сопротивление и сделать из этого полезные выводы принесут меньше результатов, чем содействие в исследовании тревожащей его темы. Обычно это происходит, когда сопротивление содержанию слишком явное, чтобы его игнорировать, но наиболее эффективной реакцией на него было бы либо предоставление поддержки, либо привлечение внимания к сопротивлению с целью побудить пациента к продолжению психотерапевтической работы несмотря на тревогу.

Предоставление поддержки

Если сопротивление вызвано тем, что пациенту неловко или стыдно рассказать о своих переживаниях, ободрения со стороны психотерапевта может быть достаточно, чтобы избавить его от сомнений и предотвратить нарастание сопротивления. Ободряющие комментарии, направленные на преодоление сопротивления содержанию, могут касаться как сущности психотерапии, как в первом из двух приведенных ниже примеров, так и характера человеческого поведения, как во втором примере.

Пациент: Я только что подумал о том, что я однажды сделал; это связано с сексом, поэтому мне очень трудно об этом говорить.

Психотерапевт: Именно на тех вещах, о которых трудно говорить, мы и должны сосредоточиваться. То, о чем рассказывать легко, вряд ли является причиной ваших проблем.

Пациенка: Я просто не могу выговорить, какие ужасные вещи я мысленно проделываю со своими детьми. Вы подумаете, что я монстр.

Психотерапевт: Человека делает хорошим или плохим не то, что он думает, а то, что он делает.

Как видно из этих примеров, сопротивление, на которое можно отреагировать поддержкой, обычно можно преодолеть и другими способами. Так, вместо того чтобы пытаться уточнить содержание, психотерапевт мог бы обратить внимание на испытываемые пациентом трудности в разговоре на сексуальные темы — в первом примере, и на беспокойство пациентки по поводу того, что ее сочтут ужасным человеком — во втором примере. Пока сопротивление в подобных случаях не игнорируется, решение о том, преодолевать или исследовать его, зависит от того, какой из подходов, по мнению психотерапевта, позволит пациенту на данном этапе узнать о себе больше.

Привлечение внимания к сопротивлению

Сопротивление содержанию часто можно преодолеть простым привлечением внимания к нему, не оказывая поддержки и не пытаясь исследовать его истоки и значение. Все, что требуется от психотерапевта, это высказаться примерно следующим образом: «У меня создалось впечатление, что вас что-то тревожит, о чем бы вам не хотелось говорить». Если эти замечания точны, их оказывается достаточно, чтобы пациент решился углубиться в неприятную для него тему: «М-м... да, вы правы... есть кое-что... ну, хорошо, я вам расскажу». Или же, не обращаясь непосредственно к содержательной стороне подмеченного сопротивления, пациент может попытаться объяснить, как или почему он сопротивляется: «Обычно я много говорю, когда хочу что-то скрыть»; «Я боюсь, что если расскажу вам о своих мыслях, то потеряю ваше уважение». Преимуществом простого привлечения внимания к сопротивлению является то, что пациенту предоставляется возможность выбора между рассмотрением содержательного аспекта беспокойства и рассмотрением его характера или причин.

Тем не менее поскольку комментарий, привлекающий внимание к сопротивлению, может затрагивать то, что выходит за пределы осознания пациента, то есть являться интерпретацией, психотерапевт должен быть готов убедительно доказать его правильность. Для ответа на вопрос пациента «Что навело вас на мысль о том, что мне не хочется о чем-то говорить?» психотерапевт должен иметь убедительные свидетельства такого нежелания «Уже второй сеанс подряд вы сидите молча по несколько минут, хотя обычно для вас не представляло труда завести разговор». Если психотерапевт не готов предоставить такие доказательства, даже ни к чему не обязывающая попытка привлечь внимание к сопротивлению может привести к тем же нежелательным последствиям, что и преждевременное интерпретирование.

Анализ сопротивления

При отсутствии каких-то особых причин для сосредоточения на содержании того, что говорит или мог бы сказать пациент, сопротивление, достигшее масштабов, которые позволяют доказать его наличие, следует анализировать, а не преодолевать. Для эффективного исследования сопротивления психотерапевт должен строго придерживаться рекомендаций по построению интерпретационной последовательности, представленных в главе 8. В частности, интерпретация сопротивления должна стать кульминацией серии прояснений и конфронтаций, постепенно подготавливающих пациента к осознанию некоторых аспектов своего поведения, служащих барьером к участию в психотерапевтическом процессе.

Интерпретационное исследование сопротивления, таким образом, начинается с того, что психотерапевт помогает пациенту увидеть расхождение между его реальным поведением и поведением, установленным психотерапевтическим контрактом. Пока пациент не признает несоответствия своего поведения тому, что от него ожидается, несоответствия, затрудняющего психотерапевтическую работу, никакое исследование истоков и последствий сопротивления не представляется возможным. Поэтому первый этап построения интерпретационной последовательности состоит в привлечении внимания пациента к его необычному поведению, например в форме следующих конфронтаций.

- Сегодня вы сдержаннее, чем обычно.
- Мне кажется, что после каждого сеанса, который выводит вас из состояния равновесия, вы долго беседуете со своей женой.
- Я заметил, что каждый сеанс вы начинаете с того, что говорите о незначительных вещах, о погоде и тому подобном.
- За последние несколько месяцев вы отменили немало сеансов, а до этого вы не пропустили ни одного.

Пациент может отреагировать на подобные замечания, признав наличие элементов сопротивления в своем поведении или попытавшись предложить рациональное объяснение («У меня много сверхурочной работы, и я не смог отпроситься, хотя действительно очень хотел»). В последнем случае психотерапевту необходимо привлечь дополнительные факты (которые сделают сопротивление доказуемым), чтобы отклонить любую рационализацию («Но из ваших слов следует, что было время, когда вы были заняты не меньше, и все-таки не пропустили ни одного сеанса»).

Чтобы продемонстрировать пациенту, что его «объяснения» маскируют внутреннее нежелание участвовать в психотерапии, может потребоваться их скрупулезный, трудоемкий анализ. Критическое рассмотрение событий, связанных с таким поведением, как опоздание, отмена встречи, обсуждение психотерапии с кем-то еще, или ощущение внезапного улучшения состояния, оправдывает затраченные усилия, если в результате пациент осознает обусловленность своего поведения сопротивлением. С другой стороны, если эти усилия не приводят к осознанию пациентом подозреваемого психотерапевтом сопротивления, психотерапевт должен быть готов признать, что сопротивление было либо только в его воображении, либо недостаточно выраженным, чтобы использовать его для эффективной интерпретационной последовательности.

Довольно типичный способ оправдания пациентом своего сопротивления — искаженная трактовка своей роли в психотерапии. Например, пациент, которому было указано на его молчание, может заявить: «Полагаю, что я сказал достаточно, теперь ваша очередь»; пациент, попросивший отпустить его пораньше, может оправдываться тем, что он рассказал обо всем, о чем намеревался рассказать; пациент, отменивший встречу, может утверждать: «Насколько я понимаю, мне следует обращаться к вам только тогда, когда меня что-то беспокоит». Все эти заявления искажают условия психотерапевтического контракта, согласно которому задача пациента — говорить, а психотерапевта — слушать; продолжительность сеансов зафиксирована и не зависит от обсуждаемых тем, а встречи происходят регулярно, каким бы ни было настроение пациента. Чтобы помочь реагирующему таким образом пациенту осознать двусмысленность своего поведения, психотерапевту следует напрямую сравнить предлагаемые объяснения с положениями психотерапевтического контракта («Однако мы с самого начала договорились, что наши встречи будут длиться по пятьдесят минут. Видимо, ваше желание закончить беседу пораньше объясняется не тем, что, по вашему мнению, сеанс должен заканчиваться с завершением обсуждения какой-либо темы, а чем-то другим»).

Последний пример иллюстрирует две важные особенности интерпретационной последовательности, направленной на сопротивление. Во-первых, как отмечалось в главе 6, ясно сформулированный и подтвержденный обоими участниками психотерапевтический контракт нередко оказывается основанием для демонстрирования пациенту его сопротивления. При отсутствии заранее утвержденных правил ролевого поведения и организации психотерапии, на которые можно было бы ссылаться, психотерапевту будет трудно убедить пациента в необычности его желания ограничить свое участие в психотерапевтическом процессе. Исходя из вышесказанного, у психотерапевта, который ранее не уточнил, что продолжительность сеансов неизменная, не будет оснований придавать значение просьбе пациента о досрочном завершении сеанса. «Вы никогда не говорили, — может сказать пациент, — что наши встречи всегда будут продолжаться пятьдесят минут; если бы я знал, то не предложил бы закончить беседу сейчас». Таким образом, правильно составленный и утвержденный психотерапевтический контракт становится особенно ценным, когда в основе интерпретации сопротивления лежит расхождение между поведением пациента и ролью, которую он согласился играть в психотерапии.

Во-вторых, интерпретационную последовательность, направленную на проявление сопротивления, следует начинать с возбуждения интереса пациента к своему поведению. Хотя такой интерес может возникнуть спонтанно, часто его необходимо вызвать, причем в несколько этапов. На первом этапе к сопротивлению привлекается внимание пациента, с тем чтобы он признал его существование («Вы правы, сегодня я говорю меньше обычного»). На втором этапе поведение, признанное как факт, начинает восприниматься пациентом как нечто необычное, либо потому что он не может найти ему рациональных объяснений, либо потому, что оно противоречит положениям утвержденного ранее психотерапевтического контракта. На третьем этапе признанное необычным поведение определяется как тема, заслуживающая рассмотрения:

Пациент: Должно быть, есть какие-то другие причины моего поведения.

Психотерапевт: Мы должны подумать, что оно может означать.

Достижение этапа, на котором сопротивление признается темой, заслуживающей исследования, указывает на готовность пациента начать анализ истоков и значения этого сопротивления. Пациент может уже чувствовать свое сопротивление и быть готовым к его обсуждению; тогда одного замечания психотерапевта («Вы сегодня молчаливы») бывает достаточно, чтобы побудить его к исследованию («Я чувствую, что о некоторых вещах мне действительно трудно говорить»). Однако намного чаще работа с выявленным сопротивлением требует от психотерапевта большего, чем просто стимуляция интереса пациента.

Если у психотерапевта нет никаких догадок или предчувствий относительно истоков замеченного сопротивления, развитие интерпретационной последовательности может остановиться на том, что он зафиксирует этот случай необъяснимого поведения пациента, чтобы использовать его в дальнейшем. С другой стороны, если у психотерапевта есть основания думать, что сопротивление связано

с личностным стилем пациента, с отношением его к поведенческим изменениям, с содержанием беседы или с отношением к психотерапевту как к человеку, он может построить последовательность прояснений, конфронтаций и частичных интерпретаций, с помощью которых пациент приблизится к пониманию своего поведения. Следующие два примера, первый из которых включает сопротивление содержанию, а второй — сопротивление, связанное с переносом, иллюстрируют подобные интерпретационные последовательности.

Пациентка: Я вижу, что мое сегодняшнее опоздание объясняется еще чем-то, но не знаю, что бы это могло быть.

Психотерапевт: Похоже, вы не расположены к разговору.

Пациентка: Что вы хотите этим сказать?

Психотерапевт: Чем меньше времени вы здесь находитесь, тем меньше времени у вас, чтобы говорить.

Пациентка: Да, но это, по-видимому, означает, что есть что-то, о чем мне не хотелось бы говорить. Так?

Психотерапевт: На последнем сеансе вы были очень расстроены.

Пациентка: Действительно? Да, я вспомнила, я как раз начала рассказывать вам о том, чем я занималась за спиной у мужа, уже после помолвки — понимаете, в смысле секса — и о том, что я испытываю из-за этого чувство вины и... может быть, поэтому. Я помню, что вышла с мыслью: если мне придется опять обсуждать эту тему, я бы не хотела приходить на следующий сеанс.

Пациентка: Я понимаю, что это необычно, но я просто не расположена сегодня к разговору. Наверное, я могла бы что-нибудь рассказать, но предпочитаю быть сдержанной.

Психотерапевт: Что для вас означает сдержанность, что вы об этом думаете?

Пациентка: Я думаю, быть сдержанной значит заниматься своим делом, ничего не принимать близко к сердцу, держать свои чувства при себе.

Психотерапевт: Возможно, прямо здесь и сейчас вы испытываете какие-то чувства, которые хотели бы сдержать, чтобы не принимать что-то близко к сердцу.

Пациентка: М-м, нет, мне так не кажется. Ни о чем таком я не думаю (пациентка ерзает на стуле, явно испытывая дискомфорт).

Психотерапевт: Нет ли у вас по отношению ко мне каких-то чувств, о которых вам трудно говорить?

Пациентка: Если вам необходимо знать, вы мне приснились, сон был интимного характера, и, когда я входила сегодня в кабинет, у меня было такое ощущение, будто я пришла на свидание к любимому мужчине. Я не знаю, что все это значит.

Эти примеры иллюстрируют два полезных метода помощи пациенту в осознании своего сопротивления: в первом случае — посредством восстановления цепочки событий, приведших к сопротивлению, а во втором — посредством ассоциаций пациента на тему своего поведения в форме сопротивления. Способность паци-

ента вспомнить, когда и при каких обстоятельствах он испытал сомнения по поводу участия в психотерапии и, в особенности, способность указать на события, вызвавшие эти сомнения, является хорошей предпосылкой для раскрытия истоков и значения сопротивления. Такое восстановление событий, к которому побуждает напоминание психотерапевтом о том, что произошло на предыдущем сеансе, создает благоприятные условия для осознания пациенткой причин своего сопротивления. Ассоциации пациента, связанные с его сопротивлением, часто содержат ключ к его подоплеке, что иллюстрирует второй пример. Ассоциации, предложенные пациенткой по просьбе психотерапевта, заключались в описании поведения («не принимать ничего близко к сердцу, держать свои чувства при себе»), которое позволило распознать в словах пациентки перенос, вызвавший сопротивление.

Содействие сопротивляющимся пациентам в понимании причин своего сопротивления обычно приводит к его ослаблению до уровня, допускающего свободное выражение мыслей и чувств. Кроме того, как во втором примере, внимание пациента может привлечь сам характер сопротивления («Я не знаю, что все это значит»). Почему ей неудобно говорить на определенную тему? Почему, когда ей становится неловко, она пытается избежать ситуации именно так, как она это делает, а не иначе? Как ее сопротивление во время психотерапии связано с другими ситуациями в ее жизни, когда она испытывала дискомфорт и использовала неадаптивные защитные стратегии? Все эти и другие вопросы могут привести к выявлению проблем, требующих исследования, что дает возможность, интерпретируя сопротивление, помочь пациенту не только проанализировать актуальный содержательный аспект психотерапии, но и обнаружить новые темы для обсуждения.

Прорыв сопротивления

Хотя анализ сопротивления иногда и приводит к значительным достижениям, обычно, как и любая интерпретация, он представляет собой логическое, методичное восстановление мыслей, чувств и действий пациента, во время которого он начинает постепенно понимать свое поведение. Однако иногда обстоятельства требуют прямого прорыва сопротивления с помощью одного недвусмысленного интерпретационного утверждения. Например, пациенту, который сидит, насупившись, первые пять минут сеанса, можно сказать «Вы сегодня сердитесь на меня».

Пытаться прорвать сопротивление так резко и без предварительного анализа можно лишь при определенных условиях. Психотерапевт должен быть совершенно уверен в том, что пациент действительно сопротивляется и осознает свое нежелание участвовать в психотерапии; он должен знать наверняка, что предлагаемое объяснение сопротивления («Вы сегодня сердитесь на меня») верно и может быть тут же объективно подтверждено; у него должны быть все основания ожидать, что пациент примет, поймет и использует эту прямую интерпретацию; и, наконец, он должен быть убежден в том, что стремительный прорыв сопротивления принесет больше пользы, чем его постепенное исследование. Если психотерапевт сомневается хотя бы в одном из перечисленных критериев необходимости интерпретации в форме прямого прорыва сопротивления, то такая интерпретация может повлечь за собой все осложнения преждевременного интерпретирования, рассмотренные в главе 8.

За редкими исключениями, условия, оправдывающие попытку прорыва сопротивления, выполняются только в случаях повторного сопротивления, которое прежде уже анализировалось, истоки которого уже были обнаружены. Возьмем, к примеру, пациента, время от времени начинающего беседу с психотерапевтом фразой «Как поживаете?» и последующими попытками поговорить о личной жизни психотерапевта. Предположим также, что в ходе тщательного анализа поведения пациента в нескольких подобных случаях выяснилось:

- что он склонен начинать беседу таким образом, когда его беспокоит некая деликатная или трудная проблема;
- что, начиная разговор таким образом, он пытается отсрочить рассмотрение этих проблем, переключить внимание со своей жизни на жизнь психотерапевта и представить свои отношения с психотерапевтом не столько как рабочее соглашение с целью анализа его затруднений, сколько как дружбу.

В этом контексте, если пациент начинает сеанс с «Как поживаете?», целесообразно ответить: «Вас что-то тревожит, о чем вы не решаетесь заговорить».

Хотя такой прямой прорыв сопротивления оправдан лишь в редких случаях, психотерапевт совершит ошибку, не прибегнув к нему, если ситуация отвечает всем указанным выше критериям. Как и при любой проработке, повтор интерпретации сопротивления не должен осуществляться каждый раз с самого начала, с тщательного исследования, будто рассматриваемое поведение ранее не обсуждалось. Напротив, каждое повторение должно строиться на чем-то уже достигнутом, поскольку это позволяет психотерапевту сэкономить время, которое понадобится для того, чтобы помочь пациенту понять значение и последствия интерпретируемого поведения. Говоря о предыдущем примере, если психотерапевт будет постоянно реагировать на «Как поживаете?» как на новый, необъяснимый процессуальный аспект психотерапии, будто ранее он не был осознан, это неоправданно затянет лечение и рано или поздно заставит пациента усомниться в том, что психотерапевт обращает внимание на его слова и понимает его.

Более того, как и проработка интерпретаций в целом, проработка интерпретаций сопротивления может привести к тому, что для восстановления смысла интерпретации от психотерапевта потребуется минимум усилий. В процессе перехода пациента от открытия смысла своего поведения к способности использовать свое понимание с целью изменения поведения, для прорыва сопротивления могут уже не требоваться такие высказывания, как «Вы сегодня сердитесь на меня» или «Есть что-то, о чем бы вы не хотели говорить». Вместо этого, отвечая на «Мне ничего не приходит в голову», психотерапевт может заметить: «Мы уже это слышали», — или просто удивленно поднять брови, вслед за чем пациент скажет: «Да, я знаю; когда я это говорю, значит, мне трудно о чем-то рассказывать; думаю, мне действительно нужно с вами кое-что обсудить». В конце концов пациент начнет самостоятельно интерпретировать свое поведение, как только оно будет иметь место, даже если оно будет связано с сопротивлением «Я сегодня замешкался и мог опоздать. Но я помнил, это значит, что у меня двойственное отношение к психотерапии, поэтому заставил себя поторопиться и приехал вовремя. Однако я все же думаю, было бы важно выяснить, что меня так беспокоило».

Таким образом, хотя чаще всего реагировать на доказуемое сопротивление целесообразно в форме его анализа, интерпретации сопротивления, принятые и понятые пациентом, включаются в процесс проработки. После включения в процесс проработки они могут предлагаться в виде все более прямых комментариев, направленных не на исследование, а на прорыв сопротивления. По окончании проработки интерпретаций сопротивления пациент не только лучше узнает себя, осознав свое сопротивление, но и начинает управлять им, противодействуя его негативному влиянию на коммуникацию[13].

Примечания

1 Более подробно парадоксальный характер сопротивления при психотерапии рассматривают следующие авторы: Levy, 1990, chapter 4; McLaughlin, 1995; Menninger & Holzman, 1973, chapter 5; Moore & Fine, 1990, p. 168–169.

2 Эта процедура описана Фрейдом в работе, посвященной психотерапии истерии — «Этюды по истерии» (Breuer & Freud, 1893–1895/1955, p. 270–278). Считается, что выход этой книги знаменует зарождение психоаналитического метода.

3 Исследовательские данные свидетельствуют о том, что активное участие пациента в психотерапевтическом процессе обычно связано с благоприятным исходом, а сопротивление — с неблагоприятным (Orlinsky et al., 1994). Однако с представлением о неизбежности сопротивления при успешном лечении согласуются данные тех же авторов, свидетельствующие о том, что пациент, переживающий или выражающий негативные чувства во время психотерапевтического сеанса, не высказывает неудовлетворенность психотерапевтической работой. Результаты исследований указывают на то, что психотерапевт может содействовать прогрессу лечения, распознавая сопротивление и реагируя на него так, чтобы восстановить активное участие пациента в психотерапевтических процедурах.

4 Эта классификация форм сопротивления несколько отличается от традиционной, предложенной Фрейдом (S. Freud, 1926/1959a, p. 160) и рассматриваемой такими представителями психоаналитической школы, как Glover, 1955, p. 50–78; Greenson, 1967, p. 85–88; A. Kris, 1985; McLaughlin, 1995; Menninger & Holzman, 1973, p. 108–112. Несмотря на небольшие коррективы классификации сопротивления, представленные в данной главе, традиционная типология сохраняется, однако помещается в несколько более широкий терминологический контекст.

5 Интересное описание сущности вторичной выгоды и ее роли в усугублении эмоциональных нарушений можно найти в нескольких работах Фрейда (S. Freud, 1909/1959b, p. 231–232; 1913/1958a, p. 133; 1916–1917/1963, p. 382–385), который первым обратил внимание на механизм действия вторичной выгоды как сопротивления психотерапии (1926/1959a, p. 98–101, 169). В современной литературе также можно найти подробное описание механизмов формирования у пациента сопротивления изменению под вли-

янием страха потерять некоторые преимущества (Castelnuovo-Tedesco, 1989).

6 Подробное описание специфических защитных механизмов и последствий сопротивления при психотерапии можно найти у следующих авторов: Fenichel, 1945a, p. 141–167; A. Freud, 1936/1946; Rangell, 1983; Wallerstein, 1983.

7 Зайднер и Эндлер (Zeidner & Endler, 1996) всесторонне рассматривают индивидуальные различия стиля копинга и его влиянии на адаптивность поведения.

8 Несмотря на давность, лучшим описанием мазохистического личностного расстройства и создаваемых им трудностей при психотерапии остаются вышедшие более 60 лет назад работы Вильгельма Райха (Wilhelm Reich, 1933/1949, p. 208–247), который ввел такие понятия, как «панцирь характера» и «характерологическое сопротивление». К другим важным работам, посвященным этой теме, можно отнести труды следующих авторов: Blum, 1991; Brenner, 1959; Glenn & Bernstein, 1995; Reik, 1941. Сущность характерологических стилей и их влияние на психотерапию хорошо описаны у следующих авторов: Sterba, 1953; S. Johnson, 1994; Horowitz et al., 1984; Millon, 1996; Shapiro, 1965, 1989; M. Stone, 1993. Необъяснимое сопротивление психотерапии пациентов с мазохистическими тенденциями и страхом перед успехом называют также «негативной терапевтической реакцией» (Jaffe, 1981; Levy, 1990, chapter 7).

9 Девальд (Dewald, 1980, 1982) анализирует, как пациенты используют то, что он называет «стратегическим сопротивлением» с целью избегания болезненных мыслей и чувств. В одном из исследований было обнаружено, что во время обсуждения конфликтных, трудных тем, у пациента наблюдается возрастание выраженности признаков сопротивления; это свидетельствует о том, что, используя эти признаки, можно распознавать оставшиеся неразрешенными проблемы (Horowitz, Milbrath, & Stinson, 1995).

10 Джилл (Gill, 1982, chapter 2), приводя наглядные примеры, подробно рассматривает то, как при психотерапии реакции переноса могут препятствовать коммуникации (сопротивление, связанное с переносом) и вызывать у пациента неприятные переживания, осознания и признания которых он стремится всячески избежать (сопротивление переносу). Бауэр (Bauer, 1989) анализирует случаи, когда не только пациент, но и психотерапевт пытается уклониться от обсуждения непосредственных проявлений переноса.

11 Подтверждая важность достижения ясной договоренности на начальной фазе психотерапии, о которой шла речь в главе 6, Ганс и Кансельман (Gans & Counselman, 1996) настаивают на включении в психотерапевтический контракт условий отмены сеансов. Если условия отмены будут оговорены и не будут слишком жесткими или слишком либеральными, пропущенные сеансы можно будет эффективно использовать для анализа поведения пациента.

12 «Отреагирование» — термин, довольно широко трактуемый специалистами в области психического здоровья и непрофессионалами. Понятие отреагирования в традиционном психодинамическом смысле — а именно так оно рассматривается в этой работе, — особенности отреагирования и его значение в психотерапии исследуются следующими авторами: Fenichel, 1945b; Abt & Weissman, 1965; Boesky, 1982; Milman & Goldman, 1973; Roughton, 1995.

13 В качестве дополнительной литературы, посвященной психотерапевтическим методам работы с сопротивлением, можно порекомендовать труды следующих авторов: Busch, 1995, chapter 5, 1996; Levy, 1990, chapter 4; Milman & Goldman, 1987; Rockland, 1989b, chapter 8; Strean, 1985; Wachtel, 1982.

Глава 10

Психотерапевтические отношения: перенос

Перенос представляет собой смещение человеком чувств, установок или побуждений, направленных на кого-либо из его прошлого, на лиц из его настоящего, по отношению к которым эти чувства, установки и побуждения в действительности неадекватны. Перенос в определенной мере влияет на все межличностные отношения, поскольку реакции одного человека на другого всегда зависят от предшествующего опыта межличностного взаимодействия. Как и сопротивление, перенос усугубляется в психотерапевтической ситуации и заметно сказывается на ходе лечения.

Роль переноса в психотерапии была раскрыта Фрейдом (S. Freud, 1905/1953a, 1912/1958b, 1915/1958d), который рассматривал его как ценный источник информации и в то же время — как препятствие для психотерапевтической работы. Будучи одним из процессуальных аспектов психотерапии, перенос позволяет в непосредственном поведении пациента распознать характер его прошлых и нынешних межличностных отношений; одновременно являясь одним из источников сопротивления, он может серьезно затруднить соблюдение пациентом условий психотерапевтического контракта.

Чтобы понять особое значение реакций переноса, необходимо рассматривать их в более широком контексте психотерапевтических отношений. Переносом объясняются не все чувства и установки пациента по отношению к психотерапевту; психотерапевтические отношения, кроме того, формируются обоснованными реакциями пациента на психотерапевта как на человека (*реальные отношения*) и приверженностью положениям психотерапевтического контракта (*рабочий альянс*). Сначала мы обсудим три вышеперечисленных компонента отношений между пациентом и психотерапевтом, а затем рассмотрим:

а) причины возникновения переноса при психотерапии и ход его развития;

б) интенсивность, эмоциональный тон и выражение переноса;
в) практические соображения, касающиеся анализа и интерпретации феномена переноса.

Перенос, реальность и рабочий альянс

Отношение пациента к своему психотерапевту существует и развивается одновременно на трех уровнях: на уровне переноса, уровне реальности и уровне психотерапевтического альянса. Эти три компонента в значительной мере различаются тем, как они возникают и как влияют на ход лечения; многие аспекты поведения пациента во время психотерапии определяются доминированием того или иного компонента.

Перенос

Отличительная особенность переноса заключается в *смещении* чувств, установок или побуждений. По сути смещенные, реакции переноса не соответствуют реалиям психотерапевтической ситуации. Одни реакции переноса неадекватны преимущественно по качеству, другие — преимущественно по интенсивности, но в любом случае перенос выходит за рамки того, чему можно найти разумное объяснение (S. Freud, 1912/1958b, p. 100).

Рассмотрим в качестве иллюстрации реакции, неадекватной по качеству, следующий пример: в середине своего рассказа о некоем событии пациент гневно восклицает: «Меня выводит из себя, что вы здесь сидите, недовольный каждым моим словом, будто вас раздражает, что я отнимаю ваше время». Почему пациент рассержен? Если психотерапевт не сделал ничего такого, что могло бы навлечь на него гнев пациента, а просто сидел и слушал, как того требуют условия психотерапевтического контракта и как он делал это на всех предыдущих сеансах, не вызывая у пациента возмущение, почему сейчас пациент усматривает в его поведении недовольство и желание поскорее завершить беседу? Поскольку ответ на эти вопросы нельзя найти в объективной ситуации, поведение пациента необходимо рассматривать как реакцию переноса, не соответствующую по качеству тем обстоятельствам, в которых она возникла.

В качестве примера неадекватности реакции по интенсивности проанализируем ситуацию, когда психотерапевт является на сеанс с пятиминутным опозданием. Легкое раздражение пациента в этом случае вполне оправданно, поскольку своим опозданием психотерапевт сокращает уже оплаченный сеанс и наводит пациента на мысль, что есть дела более важные, чем соблюдение условий психотерапевтического контракта. Учитывая эти объективные обстоятельства, опоздавший психотерапевт должен извиниться перед пациентом и восполнить упущенное время. Допустим, что пациент реагирует не легким недовольством, а бурным гневом и обвиняет психотерапевта в неэтичном поведении или огорчается настолько, что теряет способность говорить о чем-либо, кроме «явного» равнодушия психотерапевта. В этом случае реакция пациента будет соответствовать реальной ситуации по качеству, но будет неадекватна по интенсивности, что, таким образом, является признаком переноса.

В приведенных выше примерах заключен также еще один способ концептуализации реакции переноса: перенос представляет собой искаженное восприятие отношения и поведения психотерапевта. Видеть в поведении психотерапевта недовольство, равнодушие, пренебрежительное отношение к пациенту, когда в действительности для этого нет никаких оснований — все это примеры неточного восприятия. Салливан (Sullivan, 1954, p. 25–27) предложил термин *паратаксический* для обозначения механизма искажения межличностных отношений посредством неправомерного переноса на них прошлого межличностного опыта. Хотя термин «паратаксическое искажение» используется не слишком широко, он точно отражает роль, которую играет неправильное восприятие психотерапевта пациентом в провоцировании и формировании реакций переноса.

Реальность

Реальные отношения пациента с психотерапевтом включают в себя адекватные, оправданные реакции на личность, слова или действия психотерапевта. Пациент может уважать психотерапевта за его высокий образовательный уровень, профессиональные достижения; пациент может досадовать на прерывание беседы телефонным звонком или на забывание психотерапевтом информации, сообщенной на предыдущем сеансе; или, в зависимости от предпочтений пациента, ему может нравиться или не нравиться обстановка кабинета, прическа, стиль одежды психотерапевта, развешанные по стенам грамоты и дипломы и т. п. Становясь необоснованно интенсивными — если, например, уважение к психотерапевту вызывает неуверенность в себе, или краткое прерывание сеанса вызывает бурю гнева, или мнение о личных качествах психотерапевта заставляет пациента быть более сдержанным, — такие реакции превращаются в перенос. Однако, оставаясь в границах адекватного реагирования, они являются частью реальных психотерапевтических отношений.

Разграничение реакций переноса и реальных психотерапевтических отношений существенным образом помогает выбрать эпизоды взаимодействия пациента с психотерапевтом, нуждающиеся в интерпретировании. Поскольку в реакциях переноса часто отражаются признаки межличностных затруднений, не проявляющиеся при психотерапии никаким иным путем, их исследование прокладывает путь к расширению сферы самопонимания и в то же время помогает преодолеть препятствия для достижения целей психотерапии. Реальное же отношение к психотерапевту редко затрудняет коммуникацию и не дает информации о пациенте, помимо той, которая лежит на поверхности. Поэтому попытки проинтерпретировать реальное отношение пациента к психотерапевту вносят минимальный вклад в психотерапевтическую работу.

Несмотря на различия между переносом и реальностью, отношение пациента к психотерапевту редко бывает обусловлено исключительно одним из этих факторов. Реакция переноса обычно провоцируется неким реальным событием, а к рациональным реакциям нередко примешиваются установки, связанные с переносом. Пациента, взбешенного тем, что психотерапевт отвечает во время сеанса на телефонный звонок, в конечном счете, прервали, а пациент, обвиняющий молодого психотерапевта в некомпетентности, в конечном счете, правильно воспри-

нимает его возраст и сравнительную неопытность. Пациент, которому нравится внешность психотерапевта или обстановка кабинета, может промолчать, а может выразить свое мнение: «Вы очень симпатичный мужчина» или «Вы с большим вкусом обставили этот кабинет», — и тогда в его поведении, вероятно, будут присутствовать элементы переноса, например желание расположить к себе психотерапевта.

Психотерапевт должен ощущать границы приемлемого соотношения переноса и реальности в реакциях пациента и обращать пристальное внимание на реакции, обусловленные преимущественно переносом. Дело не только в том, что исследование переноса приносит больше пользы, но и в том, что анализ реальных отношений часто ведет к нежелательным последствиям. Например, пациент может завершить последний перед Новым годом сеанс пожеланием счастливого Нового года или пожеланием простуженному психотерапевту скорейшего выздоровления. Хотя подобного рода высказывания могут содержать элементы переноса, они составляют часть культуры поведения в обществе и не рассматриваются как притязание на близкие отношения.

К таким проявлениям вежливости лучше всего относиться с доверием. Попытки проанализировать конвенциональное поведение (например, «Интересно, какие мысли приходят вам в голову по поводу того, что вы мне сейчас сказали?») не только не дают полезной информации, но и заставляют пациента чувствовать себя всего лишь объектом исследования, а не человеком, достойным уважения. Пациент, лишенный социального общения с психотерапевтом, пациент, попытки которого пожелать психотерапевту доброго здоровья или поздравить с праздником, подвергаются тщательному анализу, будет чувствовать себя униженным и, следовательно, не сможет извлечь из психотерапии пользу (см. главу 3). Любезность, если только она не перерастает в сопротивление и не затрудняет коммуникацию, требует соответствующей конвенциональной реакции: на поздравление с Новым годом следует отреагировать ответным поздравлением, за пожелание быстрого выздоровления следует поблагодарить. Как отмечает Шафер (Schafer, 1983, p. 9): «В аналитической работе всегда есть место для любезности, добросердечности, деликатности, искреннего эмпатичного сочувствия и других проявлений личных, хоть и не близких отношений»[1].

Рабочий альянс

Рабочий альянс представляет собой те аспекты взаимоотношений между психотерапевтом и пациентом, которые фиксируются в психотерапевтическом контракте: имеется в виду договоренность работать в определенном режиме с целью избавления пациента от его психологических проблем. Рабочий альянс превалирует, когда пациент откровенно рассказывает о своих мыслях и чувствах и анализирует их совместно с психотерапевтом. Хотя в рабочем альянсе присутствуют элементы и переноса, и реальности, его необходимо рассматривать отдельно от этих двух составляющих психотерапевтических отношений.

Рабочий альянс отличается от переноса, поскольку подразумевает точное восприятие психотерапевтической ситуации и строгое соблюдение условий психотерапевтического контракта. При преобладании рабочих отношений пациент не «за-

бывает» о своей задаче или о роли психотерапевта, определяемых психотерапевтическим контрактом, и правильно истолковывает поведение психотерапевта. Пациент описывает и анализирует себя, не переключая внимание на психотерапевта и не пытаясь навязать ему роль, не предусмотренную психотерапевтическим контрактом. В этом смысле рабочий альянс как составляющая психотерапевтических отношений задействует «наблюдающее эго» пациента, о котором говорилось в главе 4, а реакции переноса попадают в сферу влияния «эго переживающего».

Хотя рабочие отношения ориентированы на реальность и лишены перцептивных искажений, они искусственны и несимметричны, что отличает их от реальных отношений. В основе межличностного взаимодействия в реальном мире лежит взаимность, то есть персональное общение должно удовлетворять потребности обоих участников. В отношениях, формируемых рабочим альянсом, один человек (пациент) соглашается пренебречь удовлетворением свих потребностей, чтобы позволить другому человеку (психотерапевту) облегчить понимание этих потребностей. В реальных отношениях человек, обратившийся к другу с просьбой («Мне просто необходимо, чтобы кто-то сделал это для меня»), скорее всего, услышит в ответ: «Не волнуйся, ты можешь на меня рассчитывать»; при психотерапии же пациента побуждают исследовать, почему он не может сделать это сам. В реальных отношениях на свой вопрос, состоит ли собеседник в браке, человек, скорее всего, услышит «Да», «Нет» или даже «Это вас не касается»; при психотерапии он услышит в ответ вопрос «Что вы думаете об этом?», или «Что было бы для вас предпочтительнее?», или «Почему это заинтересовало вас именно сейчас?».

Этих примеров достаточно, чтобы продемонстрировать, что рабочий альянс, хотя и определяется объективными положениями психотерапевтического контракта, имеет мало общего с межличностными отношениями в том виде, в котором они существуют вне психотерапии. Закрепленное распределение ролей на говорящего и слушателя, акцент на понимании пациента, а не на удовлетворении его потребностей, использование метода исследования, а не ответы на комментарии и вопросы, — все это характеризует рабочий альянс как ситуацию, искусственно созданную в целях лечения[2].

Общие и специфические реакции переноса

На такую составляющую психотерапевтических отношений, как перенос, влияют типичные для всех пациентов реакции на роль психотерапевта, а также обладающие индивидуальным своеобразием чувства, испытываемые отдельными пациентами к важным в их жизни людям и людям в целом. Типичные реакции на роль психотерапевта проявляются в *общих реакциях переноса*, а конкретные межличностные установки отдельных пациентов отражаются в *специфических реакциях переноса*. Как будет показано в дальнейшем, это разграничение помогает распознавать причины и значение переноса.

Общие реакции переноса

Общие реакции переноса — это характерные практически для всех пациентов способы реагирования на выполнение психотерапевтом своей задачи. Сначала у па-

циентов формируются нереалистичные позитивные чувства, которые затем сменяются негативными чувствами к психотерапевту: это общая модель, о которой упоминалось при кратком рассмотрении переноса в главах 4 и 9.

Вспомним, что сначала на пациента производит благоприятное впечатление профессиональная позиция психотерапевта, его терпимость и самоконтроль, его чуткость и желание быть полезным. Этот образ постепенно идеализируется, что сопровождается возникновением у пациента потребности в ответной любви и восхищении психотерапевта, в установлении с ним более близких отношений, чем это предусмотрено психотерапевтическим контрактом. Со временем, поскольку психотерапевт избегает проявлений любви и сохраняет дистанцию, определяемую психотерапевтическим контрактом, пациент начинает чувствовать себя оскорбленным и отвергнутым. Испытывая фрустрацию и разочарование в связи с нежеланием психотерапевта ответить на его позитивные чувства, пациент начинает видеть психотерапевта в ином свете. Представление о психотерапевте как о чутком, заинтересованном, участливом человеке сменяется представлением о нем как о человеке черством, равнодушном, невнимательном: как может психотерапевт быть таким безразличным, отстраненным, как он может так разочаровывать?

Уточним теперь описание позитивных и негативных чувств при общем переносе, используя предложенное в этой главе разграничение между реальностью и переносом. Главное, что необходимо помнить, это то, что общие для всех пациентов позитивные и негативные установки по отношению к психотерапевту могут заключать в себе элементы не только переноса, но и реальности. Отношение к психотерапевту можно считать переносом только в том случае, если оно неадекватно, например, когда пациент использует приверженность психотерапевта психотерапевтическому альянсу как основание для его идеализации или для обвинения его в полной бесчувственности. Если общее отношение к психотерапевту соответствует объективным условиям, оно отражает реальность, а не перенос, и может проявляться либо независимо от реакций переноса, либо наряду с ними.

Например, отношение пациента, который ценит психотерапевта как хорошего слушателя и тонкого наблюдателя, но не преувеличивает по этой причине его личные достоинства, основано на реалистичном образе психотерапевта, добросовестно выполняющего свои обязанности[3]. Реальная позитивная оценка компетентности и самоотдачи психотерапевта может существовать сама по себе, не приводя к формированию позитивного переноса, и сохраняться даже при наличии негативного переноса. Пациенты, анализирующие негативный перенос, нередко высказываются следующим образом:

> Я не знаю, почему меня сердит ваше молчание. С одной стороны, я понимаю, что вы добросовестно выполняете свою работу [ссылка на рабочий альянс], и ценю ваше стремление оказать мне помощь [ссылка на реальные позитивные чувства]. Однако я все же злюсь на вас и полагаю, что буду злиться, пока наконец не получу от вас ответ, что вы действительно обо мне думаете [негативный перенос].

Типичные негативные чувства к психотерапевту являются отражением как реальности, так и переноса, однако вероятность того, что они небеспочвенны, меньше, чем вероятность обоснованности позитивных чувств; то есть, как прави-

ло, они свидетельствуют о наличии переноса. Хотя определенные объективные обстоятельства и могут вызвать негативную реакцию переноса, психотерапевт, добросовестно выполняющий свою работу, не должен давать повода для недовольства пациента. Так, психотерапевту не следует слишком часто отменять сеансы или опаздывать на них, равнодушно относиться к словам пациента или подавлять его непродуманными, несвоевременными, сверхкритическими интерпретациями: все это, несомненно, послужит причиной недовольства. Добросовестного и хорошо подготовленного психотерапевта редко можно упрекнуть в подобной безответственности, недальновидности и безграмотности.

Понимание значения элементов реальности в отношении пациента к психотерапевту позволяет дополнить представления о типичной последовательности изменения эмоционального тона в психотерапевтических отношениях. Обычно психотерапия начинается в контексте *реального позитивного* отношения к психотерапевту, поскольку большинство пациентов, выражая согласие с условиями психотерапевтического контракта, уже испытывают уважение к профессионализму психотерапевта и надеются на его способность оказать помощь. Впоследствии, в процессе идеализации психотерапевта, у пациента начинает формироваться *общий позитивный перенос*, который сосуществует с возникшими ранее на реальной основе позитивными чувствами. Со временем возникает *общий негативный перенос* как реакция на отказ от близких отношений в рамках психотерапевтического альянса. Чувства, связанные с негативным переносом, затмевают чувства, связанные с позитивным переносом, но не обязательно исключают объективно позитивное отношение к психотерапевту. По этой причине пациент, возмущенный нежеланием психотерапевта ответить на его теплые чувства (перенос), все же может, как в приведенном выше примере, по достоинству оценить попытки психотерапевта оказать помощь (реальность). Более того, исследование и интерпретирование реакций негативного переноса могут способствовать формированию у пациента реального позитивного отношения к психотерапевту, поскольку при этом психотерапевт демонстрирует способность к эмпатии и готовность использовать эту способность во благо пациента.

Типичные позитивные и негативные чувства, связанные с переносом, проявляются поочередно и сосуществуют не только с реальным отношением к психотерапевту, но и друг с другом. Что касается чередования, переход от позитивного к негативному переносу редко происходит единожды. От сеанса к сеансу настрой пациента изменяется, по-разному проходят и сеансы: одни оставляют у пациента ощущение приподнятости, другие выводят его из состояния душевного равновесия. Таким образом, хотя общие реакции позитивного переноса практически всегда проявляются раньше негативных, на средней фазе психотерапии эти типы реакций обычно периодически сменяют друг друга.

Что касается сосуществования позитивного и негативного переноса, амбивалентность — известное свойство человеческих эмоций. Точно так же как человек может любить и в то же время ненавидеть другого, у пациента могут одновременно быть необоснованно позитивное и необоснованно негативное отношение к психотерапевту. Обычно «знак» эмоциональных реакций, связанных с переносом, определяется наиболее сильным или лучше осознанным чувством, хотя иногда по-

ведение пациента характеризуется более или менее пропорциональным сочетанием позитивного и негативного отношения к психотерапевту.

Последнее, о чем стоит упомянуть, говоря о типичных реакциях переноса, — это то, что в них меньше индивидуального своеобразия, чем в специфических реакциях переноса. Смещение чувств, установок и побуждений при общем переносе принимает предсказуемый, типический вид реакции пациента на роль помогающего и одновременно фрустрирующего, которую играет психотерапевт в рамках рабочего альянса. В специфических же реакциях переноса смещение является отражением уникального межличностного опыта отдельного пациента и вызывается не столько исполнением психотерапевтом предписанной ему роли, сколько его личностными и поведенческими особенностями.

Специфические реакции переноса

Специфические реакции переноса — это результат смещения на психотерапевта мыслей, чувств и побуждений, характеризующих отношение пациента к важным в его жизни людям или людям в целом. Перенос пациентом на психотерапевта отношения к значимым для него людям является классической формой переноса, описанной Фрейдом (S. Freud, 1905/1953a, p. 116) как повторение или проигрывание во время психотерапии прежних межличностных отношений. Чаще всего в этом случае перенос отражает отношение пациента к родителям, поскольку родители, как правило, задействованы в ключевом психологическом конфликте человека, а их образы навсегда запечатлеваются в сознании. Если пациент способен вербализовать и обсудить свои специфические реакции переноса, нередко от него можно услышать высказывания следующего типа:

> Иногда во время разговора с вами я начинаю испытывать дискомфорт. Мне кажется, что это связано с тем, как вы прокашливаетесь. Моя мама прокашливалась точно так же, когда намеревалась меня за что-нибудь отчитать.

> У меня такое чувство, будто вы исподтишка посмеиваетесь надо мной, как мой отец. Меня выводил из себя его снисходительный тон и насмешливая улыбочка, и вы проделываете со мной то же самое.

> Может быть, вас это удивит, но я расстроилась, заметив по дороге сюда, как из вашего кабинета выходит другая пациентка. Я чувствую, что не хотела бы, чтобы у вас были другие пациенты — мне хочется, чтобы вы занимались только мной. То же самое я чувствовала, когда мои родители целиком посвящали себя моим братьям и сестрам; мне казалось, что до меня им не было дела.

> Мне неудобно об этом говорить, но я вдруг подумала, как было бы хорошо подойти и прильнуть к вам. Когда я была маленькой, то часто сворачивалась клубочком на коленях у отца; это были самые счастливые мгновения в моей жизни.

Таким образом, надежды, страхи, возмущение и желание близости, направленные на родителей в период формирования личности пациента, в ходе психотерапии переносятся на психотерапевта. Иногда ключевыми фигурами специфических реакций переноса оказываются лица, заменявшие родителей: тетя, или дядя, или старший брат, или старшая сестра, игравшие роль родителя в детские годы пациента. Пациенты могут также переносить на психотерапевта чувства, испыты-

ваемые к людям, значимым для них сегодня, например к супругу(-е) или начальнику. Но поскольку чувства и отношение к людям, важным для пациента в настоящее время, выразить легче, они реже проявляются через перенос.

Тем не менее актуальные межличностные установки часто отражаются в переносе на психотерапевта отношения к людям вообще. Реакции переноса этого типа были описаны Салливаном, который рассматривал их как неизбежное следствие упомянутого ранее «паратаксического искажения», к которому склонны все люди. Салливан заметил, что у всех пациентов есть определенные межличностные диспозиции, сформировавшиеся на основе прежнего опыта: страх перед авторитетными лицами или нелюбовь к ним, потребность в зависимости или боязнь зависимости, готовность поделиться своими сокровенными переживаниями или замкнутость, доверие или недоверие к людям и т. д. Вследствие «паратаксического искажения», психотерапевт неверно воспринимается как один из людей в целом, и пациент переносит на него чувства, установки и побуждения, составляющие его межличностную направленность[4].

Пациент, способный вербализовать перенесенное на психотерапевта отношение к людям в целом, может, например, сказать следующее.

> Я понимаю, что у меня нет оснований на вас сердиться, по крайней мере, вы ничего такого не сделали. Просто вы преуспеваете в работе, вам нравится ваше дело, а мне неприятны люди, достигшие большего, чем я. И теперь, задумавшись об этом, я понимаю, что воспринимаю так всех, и, наверное, поэтому меня все раздражают.

> Уже, должно быть, третий или четвертый раз вы замечаете, что я веду себя так, будто вас не интересуют мои слова. Я думаю, это правда — мне всегда кажется, что я буду неинтересен собеседнику, не смогу привлечь его внимание, и если я молчу, то, по крайней мере, не даю ему возможность проигнорировать меня.

> Я знаю, что могу вам доверять, однако мне не так просто быть откровенным. Я всегда боюсь, что, раскрыв свои чувства, окажусь беззащитным перед человеком, и он сможет меня использовать. Поэтому я держу все в себе.

> Как вы и сказали, есть что-то, из-за чего я задаю так много личных вопросов и пытаюсь как можно больше узнать о вашей жизни вне этого кабинета. Я просто не могу сохранять дистанцию. О тех, с кем я общаюсь, я должен знать все, иначе я не смогу поддерживать отношения. Видимо, поэтому меня все время упрекают в назойливости и навязчивости.

Приведенные выше примеры иллюстрируют, как на психотерапевта могут переноситься специфические установки по отношению к людям в целом: зависть и недовольство, чувство неполноценности и ожидание отвержения, недоверие и страх быть использованным, а также чрезмерная потребность в близости. Анализ этих установок пациента в контексте психотерапевтических отношений позволяет достичь значительных результатов в понимании мотивов, влияющих на его межличностное поведение.

В заключение следует отметить еще два момента, касающихся специфических реакций переноса. Во-первых, обоснованность многих представлений Фрейда об этом аспекте психотерапевтических отношений была доказана рядом исследований (Luborsky & Crits-Christoph, 1991). В этих исследованиях было проверено

22 предположения Фрейда, и в 17 случаях они были подтверждены данными, полученными при анализе взаимодействия между пациентом и психотерапевтом, а остальные 5 гипотез еще предстоит тщательно изучить.

Особый интерес представляют исследовательские результаты, касающиеся этапов развития переноса в процессе психотерапии (Luborsky, Crits-Christoph, & Barber, 1991; Gelso, Kivlighan, Wine, & Jones, 1997). В частности, исследовательские данные указывают на то, что у пациентов, которые общаются с психотерапевтом, не входящим в их этническую группу, могут наблюдаться специфические реакции переноса: от сверхпослушания и дружелюбия до подозрительности и враждебности. Психотерапевт, принадлежащий к той же этнической группе, что и пациент, может вызывать в одних случаях идеализацию, а в других — недоверие, предубеждения и амбивалентное отношение. Упомянутые выше авторы анализируют также влияние этнокультурально обусловленных реакций переноса на сам процесс психотерапии.

Содействие переносу

Перенос чувств и побуждений может происходить в любых межличностных отношениях, но психотерапевтическая ситуация способствует возникновению переноса и делает его особенно выраженным. Содействие переносу при психотерапии обусловлено несимметричными отношениями в рабочем альянсе, отсутствием взаимности. Психотерапевт побуждает пациента к самовыражению, терпеливо выслушивает его, не вынося поспешных суждений, и всеми силами пытается помочь ему понять самого себя. Психотерапевт не рассказывает о себе, не выражает собственные убеждения и не проявляет личной вовлеченности, если не считает, что это укрепит рабочий альянс и пойдет на пользу пациенту.

Таким образом, психотерапевт остается в тени: его биография, вкусы и предпочтения, взгляды на жизнь, симпатии и антипатии, а также конфликты после многих месяцев психотерапии становятся не намного более понятны пациенту, чем в самом начале лечения. Известно, что уменьшение структурированности объекта заставляет того, кто его воспринимает, самостоятельно структурировать его в соответствии с собственными потребностями и установками. Психотерапевт в своей неопределенности подобен проективному тесту; он предоставляет свободу фантазии, позволяя пациенту вкладывать в формируемый образ свои страхи, желания, ожидания и убеждения.

Рассматривая содействие психотерапевта переносу, важно разграничить роль психотерапевта как *реального* и *мнимого* объекта (Tarachow, 1963, chapters 2–3). Психотерапевт всегда является реальным объектом, поскольку обладает определенной внешностью, профессией, определенными манерами, своеобразным стилем речи и особенностями в конвенциональном поведении. Однако, как отмечалось ранее, для поддержания продуктивных психотерапевтических отношений психотерапевт должен отдавать предпочтение рабочему альянсу и сводить реальные отношения с пациентом к жестко контролируемому минимуму. В рамках рабочего альянса психотерапевт действует как мнимый объект, пытаясь помочь пациенту, но ведя себя не так, как он вел бы себя в обычных межличностных ситуациях.

> Психотерапевт устанавливает барьер для реальности... *Реальная* ситуация трансформируется в *мнимую* ситуацию, которую необходимо понять и осмыслить... Ничто во взаимодействии не должно считаться реальным, все должно быть подвергнуто анализу обоими участниками (Tarachow, 1963, p. 9)

Сохраняя определенную анонимность, уклончивую позицию, стараясь не столько ответить на слова пациента, сколько понять его, психотерапевт становится «экраном», на который пациент проецирует свои межличностные установки. Необходимость быть таким экраном впервые подчеркнул Фрейд (S. Freud, 1912/1958b, p. 118), который рекомендовал психотерапевту «быть непроницаемым для своих пациентов и, как зеркало, отражать только то, что они показывают сами». К сожалению, этот совет быть «непроницаемым зеркалом» иногда интерпретируется в том смысле, что психотерапевт должен всегда держаться отстраненно, быть беспристрастным и эмоционально безучастным — своего рода пустым экраном. Однако психотерапевт не может эффективно проявить принятие, эмпатию и искренность, являющиеся одним из важнейших условий благоприятного исхода психотерапии, не углубляясь в обсуждение переживаний пациента и не удовлетворяя его потребность в помощи[5].

В правильном истолковании «быть зеркалом» означает, что психотерапевт, не становясь холодным и безразличным, должен свести к минимуму свое участие в психотерапевтическом процессе в качестве реального объекта, сконцентрироваться на своей роли мнимого объекта и таким образом поддерживать рабочий альянс. Если потребность пациента в помощи могла бы быть удовлетворена исключительно реальными отношениями, она была бы удовлетворена отношениями с друзьями или любимым человеком, и пациенту не понадобилась бы профессиональная помощь. Если же личных отношений пациенту оказалось недостаточно, чтобы разрешить свои проблемы, требуется нечто большее, чем дружба или какие-то другие отношения. Психотерапия, при которой делается акцент на понимании, а не на обмене информацией, на удовлетворении потребности пациента в помощи, а не на установлении близких отношений, в равной степени приятных для обоих участников, представляет собой альтернативный вариант взаимодействия.

Хотя реакции переноса дают информацию, которая может облегчить процесс лечения, содействие переносу не следует понимать как особую деятельность психотерапевта. Сознательные попытки спровоцировать перенос или манипулировать им будут восприняты пациентом как проявление неискренности, а его реакция на них будет недостаточно естественна, чтобы нести какую-либо ценную информацию. Просто исполняя свою роль в соответствии с психотерапевтическим контрактом, психотерапевт создает атмосферу, которая естественным образом вызывает появление и выражение реакций переноса.

Таким образом, строгое соблюдение условий психотерапевтического контракта можно рассматривать как один из способов обеспечения переноса через поддержание атмосферы, при которой реакции переноса достаточно естественны, часты и отчетливы, чтобы способствовать прогрессу в психотерапевтической работе. Однако из-за сложности психотерапевтических отношений необходимо также обеспечить реальные отношения и рабочий альянс, поэтому психотерапевт должен знать, как и когда поддерживать все три компонента отношений.

Обеспечение переноса

Психотерапевт должен обеспечивать перенос, предоставляя как можно меньше возможностей для формирования у пациента отношения к нему, имеющего объективные основания. Чем менее объективны реакции пациента на психотерапевта, тем выше вероятность того, что эти реакции связаны с переносом и тем больше информации они могут дать об индивидуальности пациента или о его невротических тенденциях. Если, заметив, что психотерапевт подавил несколько зевков, пациент заключает, что психотерапевту скучно, если пациент начинает считать психотерапевта родительской фигурой, узнав, что у того несколько детей, его выводы представляют собой нормальную реакцию на объективные данные и не позволяют раскрыть его индивидуальные потребности и установки. Если же пациент считает, что психотерапевту скучно, когда тот и не думает зевать, если пациент видит в психотерапевте родителя, не зная о его семейной жизни, можно предположить, что в первом случае он не верит в свою способность вызывать интерес, а во втором — стремится к зависимости от родительской фигуры.

Если перенос обеспечивается недостаточно хорошо, к нему могут примешиваться факторы реальности. При таком смешении элементы переноса и реальности переплетаются так тесно, что нивелируют неадекватные реакции и затрудняют их конструктивное исследование. По этой причине психотерапевт не должен зевать или рассказывать о количестве детей в своей семье, не должен он и выражать какие-либо другие эмоции и предоставлять какую-либо другую информацию о себе, если только у него нет для этого особых, тщательно продуманных оснований. То есть психотерапевт должен неизменно и последовательно придерживаться позиции мнимого объекта. Так он сведет к минимуму все, на чем может строиться реальное отношение, и приобретет возможность вызывать имеющее клиническое значение смещение чувств, установок и побуждений пациента.

Решение о том, предоставлять ли информацию о себе и в каких случаях, касается проблемы *самораскрытия психотерапевта*, по поводу которой можно дать несколько полезных рекомендаций. Раньше считалось, что личное самораскрытие психотерапевта придает ему в глазах пациента большую человечность и побуждает к ответной откровенности. Несмотря на то что этот вопрос остается дискуссионным, исследования свидетельствуют: самораскрытие психотерапевта не имеет устойчивой связи с уровнем открытости пациента и практически не влияет на исход психотерапии (см. Orlinsky et al., 1994; Watkins, 1990; M. Weiner, 1978). Говоря более конкретно о признании психотерапевтом своей привязанности к пациенту, следует отметить, что клинические наблюдения и исследовательские данные указывают на то, что такое самораскрытие приносит меньше пользы, чем отстраненная позиция (Gabbard, 1996; Goodyear & Shumate, 1996).

В настоящее время общей является следующая точка зрения: самораскрытие психотерапевта имеет два нежелательных последствия: оно отвлекает пациента от самонаблюдения и уменьшает информативность и психотерапевтическую ценность его реакций переноса (Lane & Hull, 1990; Levy, 1990, chapter 6; Mathews, 1988; Wachtel, 1993, chapter 11). В то же время, несмотря на то что особой психотерапевтической пользы от взаимных откровений пациента и психотерапевта

ожидать не приходится, есть обстоятельства, при которых открытость со стороны психотерапевта может дать лучший результат, чем полная анонимность.

В частности, делясь своими впечатлениями от текущего сеанса, а не жизненным опытом, никак не связанным с лечением, и делая это с целью помочь пациенту лучше понять самого себя, психотерапевт имеет все основания проявить откровенность. Примером подобного самораскрытия, направленного на развитие самосознания пациента, может служить предоставление обратной связи о впечатлении, которое пациент производит на психотерапевта, обратной связи, помогающей пациенту осознать то, как его воспринимают другие люди и как он на них влияет. Эти замечания имеют отношение также к рассматриваемой в главе 11 проблеме противопереноса, а также к вопросу об обеспечении не только переноса, но и реальных отношений.

Обеспечение реальных отношений

Стремясь обеспечить перенос и тем самым облегчить интерпретационную работу, психотерапевт должен избегать полного отказа от реальных отношений с пациентом. Иногда невозможность перейти от взаимодействия с позиции мнимого объекта к взаимодействию реальному создает впечатление неискренности, не позволяет пациенту ощутить, что его ценят как личность, и препятствует конечному преодолению реакций переноса.

Что касается искренности, психотерапевт, прежде всего, должен признать очевидные факты своей личной жизни и позволить себе проявить некоторые эмоции. На вопрос пациента: «Судя по вашему диплому, который висит на стене, вы закончили Мичиганский университет, это так?» следует ответить: «Да, это так». Пытаться исследовать значение вопросов пациента до или вместо прямого ответа на них, спросив, например, «Как бы вам больше понравилось?» или «Что бы вы подумали, если бы это было так и если бы это было не так?», когда факты, так сказать, налицо, — значит неестественно и, вероятнее всего, непродуктивно жертвовать реальными отношениями ради мнимых.

Возник ли этот интерес к психотерапевту из-за сопротивления обсуждению собственных проблем — это другой вопрос, требующий отдельного рассмотрения (см. главу 9). Однако, что касается психотерапевтических отношений, попытки «напустить туману», чтобы скрыть очевидный факт, не имеют смысла и нередко приносят вред. Аналогично этому, иногда психотерапевту следует улыбнуться в ответ на удачную остроту пациента или проявить сочувствие, если в жизни пациента случилась какая-то неприятность. Если ситуация требует реального, а не мнимого поведения, первая реакция психотерапевта должна быть реальной, хотя затем он может поинтересоваться, почему пациент сострил или какова была его роль в описанном неприятном инциденте. Если психотерапевт не признает очевидные факты и не будет выражать эмоции, когда это было бы естественно, у пациента появятся причины поставить под сомнение его искренность и его многогранность как чувствующего, внимательного и восприимчивого человека[6].

Что касается уважения, пренебрежение реальными отношениями унижает человеческое достоинство пациента. Как отмечалось ранее, конвенциональное поздравление пациента с Новым годом заслуживает такого же ответного поздравле-

ния. Как и у пациентов, считающих психотерапевта неискренним, у пациентов, сомневающихся в уважении к ним со стороны психотерапевта, шансов на достижение успеха при психотерапии меньше, чем у пациентов, имеющих дело с искренним и уважительным психотерапевтом (см. главу 3). В одном из исследований были опрошены 47 пациентов, считавших, что психотерапия причинила им вред; выяснилось, что наиболее распространенным объяснением неудачного опыта психотерапии была отстраненность и безучастность психотерапевта (Grunebaum, 1986). То же подтверждает исследование, в котором обнаружилось, что бросившие психотерапию пациент ощущали меньше симпатии и уважения со стороны психотерапевта, чем пациенты, продолжающие лечение (Martinez, Ticknor, & Huang, 1991).

Что касается разрешения реакций переноса, следует помнить: а) психотерапевтические отношения развиваются на нескольких уровнях; б) успешное лечение связано с постепенным ослаблением переноса на последних стадиях психотерапии и повышением значимости реального взаимодействия между пациентом и психотерапевтом. Это не означает, что пациент и психотерапевт завершают совместную работу в атмосфере, радикально отличающейся от той, в которой психотерапия начиналась, что они проводят время как хорошие знакомые, а не участники психотерапевтического договора. Психотерапевтический контракт остается в силе, и, как мы увидим, поддерживать необходимо и рабочий альянс. Тем не менее с приближением окончания успешной психотерапии интерпретационная работа, не касающаяся расставания пациента с психотерапевтом, по большей части завершается, и психотерапевт начинает все менее интенсивно исследовать скрытые конфликты пациента в роли мнимого наблюдателя.

Чтобы реальные отношения пациента с психотерапевтом ближе к концу психотерапевтического курса смогли сменить перенос, их необходимо поддерживать во время средней фазы психотерапии, когда психотерапевт сосредоточивается преимущественно на элементах переноса. Таким образом, имея в виду три цели — сохранить искренность, предотвратить формирование у пациента чувства, что он всего лишь объект исследования и воздействия, и обеспечить реальные аспекты психотерапевтических отношений, которые впоследствии должны сменить реакции переноса, — психотерапевт должен не только оберегать отношения переноса и извлекать их них ценную информацию, но и одновременно обеспечивать реальные отношения.

Обеспечение рабочего альянса

Рабочий альянс косвенно обеспечивается действиями, направленными на то, чтобы к нему не примешивались реакции переноса и реальные отношения. Считая провоцирование переноса неуместным и избегая участия в личных отношениях, психотерапевт побуждает пациента к исполнению роли, предписанной ему психотерапевтическим контрактом. Однако иногда помимо косвенной поддержки рабочего альянса необходимы дополнительные усилия в форме открытых указаний.

Пациент, к примеру, заявляет: «Так нечестно: я говорю, а вы слушаете, я должен рассказать вам о себе все, а вы о себе совсем ничего не рассказываете». Обеспечение переноса в этом случае подразумевало бы указание на беспочвенность

жалобы пациента и исследование ее скрытого смысла с учетом психотерапевтических отношений. Поскольку эта жалоба точно описывает психотерапевтическую ситуацию, не принимать ее всерьез и приписывать ей тайный смысл было бы неестественно.

Кроме того, относя объективные замечания о сущности рабочего альянса к категории переноса, подлежащего интерпретированию, психотерапевт нарушает права пациента как информированного и добровольного участника психотерапевтического соглашения. Возможно, у пациента есть уважительные причины, чтобы изменить время встречи, или цели лечения, или с недоверием относиться к каким-то процедурам, используемым психотерапевтом. Если пациента лишить возможности объективно обсудить эти и подобные им вопросы, касающиеся психотерапевтического контракта, вне зависимости от того, содержат они элементы переноса или нет, его приверженность рабочему альянсу может серьезно пострадать.

С другой стороны, обеспечивать рабочий альянс не значит, что вопросы, касающиеся психотерапевтического контракта, должны рассматриваться исключительно на уровне реальных отношений. Реалистичный ответ на выраженное пациентом недовольство асимметричностью психотерапевтических отношений, звучал бы следующим образом: «Да, это нечестно, поэтому мы изменим стратегию нашей работы». Такая капитуляция перед реальностью дискредитировала бы интерпретационный подход, который характерен для рабочего альянса и отличает психотерапию от других межличностных отношений.

Чтобы уберечь рабочий альянс от вторжения реальности, психотерапевт должен ответить на вопросы и комментарии, касающиеся психотерапевтического контракта, так, чтобы признать своими ответами право пациента затрагивать эти проблемы, однако сохранить при этом несимметричность отношений, установленную для достижения целей психотерапии. Так, на недовольство пациента отсутствием взаимности, психотерапевт мог бы ответить: «Да, это в определенном смысле несправедливо; однако именно такой способ совместной психотерапевтической работы позволяет нам получать необходимую информацию, чтобы помочь вам лучше понять самого себя и свои проблемы».

Интенсивность, эмоциональный тон и выражение реакций переноса

Хотя реакции переноса возникают у всех пациентов, их интенсивность, соотношение между сопровождающими их позитивными и негативными чувствами и степень открытости их выражения у разных пациентов неодинаковы. Вариации по этим трем параметрам объясняют значительные индивидуальные различия пациентов, проявляющиеся в том, как они реагируют на психотерапевтические отношения в те или иные моменты психотерапии.

Интенсивность реакций переноса

Поскольку психотерапевтическая ситуация способствует возникновению реакций переноса, интенсивность этих реакций обычно напрямую связана с продолжительностью и частотой контактов пациента с психотерапевтом. При определен-

ной частоте сеансов и продолжительности общения с психотерапевтом реакции могут перерасти в *невроз переноса.* О неврозе переноса говорят, когда пациент проигрывает в психотерапевтических отношениях целую гамму невротических конфликтов, включая и те, которые коренятся в его детском опыте, и когда накопление переноса превращает психотерапию и психотерапевта в центральные темы его жизни[7].

Несмотря на наличие общих закономерностей, связь между частотой и продолжительностью психотерапии, с одной стороны, и интенсивностью реакций переноса — с другой, дело в значительной мере индивидуальное. К реакции переноса более других склонны люди, дающие волю своим чувствам, легко заводящие знакомства и тут же стремящиеся к близким отношениям, предпочитающие переживание самонаблюдению. И наоборот, люди сдержанные, предпочитающие держать дистанцию, нескоро допускающие переход знакомства в дружбу, склонные в большей мере к самонаблюдению, чем к переживанию, обычно обладают прочной защитой против переноса.

Личностные различия в предрасположенности к переносу влияют как на скорость возникновения реакций переноса, так и на их интенсивность в ее связи с частотой и продолжительностью психотерапии. Для лиц, склонных к переносу, например для пациентов с пограничным истерическим типом личности, одного посещения психотерапевта в неделю может быть достаточно, чтобы сформировать выраженную реакцию переноса в течение первых нескольких месяцев психотерапии. У лиц же, не склонных к переносу, например у пациентов с тенденцией к избеганию или к навязчивостям, один сеанс в неделю может вызвать лишь слабое подобие переноса, интенсивности которого будет недостаточно, чтобы обеспечить эффективное интерпретирование. В этом случае для появления психотерапевтически значимых реакций переноса может потребоваться два сеанса в неделю или чаще в течение нескольких месяцев или более.

Важно также учитывать вероятность того, что у тех, кто легче входит в эмоциональный контакт, аффективная насыщенность отношения к психотерапевту достигает пика и сходит на нет быстрее, чем у тех, у кого эмоциональное вовлечение происходит медленнее. Поэтому быстро возникающие реакции переноса у пациентов с истерическими тенденциями, несмотря на свою яркость, обычно легко распознаются и легко поддаются интерпретированию. А медленно формирующиеся реакции переноса у пациентов, склонных к навязчивостям, хотя и не столь ярки, обычно глубоко переживаются и требуют длительного интерпретирования и тщательной проработки[8].

Описанные выше индивидуальные различия объясняют, почему психотерапия с пациентами, предрасположенными к переносу, как правило, успешно проходит не только при меньшем количестве сеансов в неделю, но и при меньшей продолжительности, чем психотерапия с пациентами, не склонными к переносу. Это следует учитывать сразу при планировании лечения, так как степень предрасположенности пациента к переносу может служить основанием для определения частоты сеансов и продолжительности психотерапии. Однако первичная оценка может оказаться неточной, и тогда в процессе психотерапии выясняется, что выбранная

частота сеансов недостаточна для возникновения у пациента реакций переноса; в этом случае рекомендуется проводить сеансы чаще.

И наоборот, иногда психотерапия мобилизует реакции переноса такой силы, что они мешают пациенту эффективно функционировать либо во время сеансов, либо вне психотерапии. Пациент может настолько глубоко погрузиться в свои чувства, связанные с переносом, что не сможет отличить их от реальности или поддерживать рабочий альянс, несмотря на все старания психотерапевта помочь ему в этом. Вне психотерапии пациент может быть настолько поглощен фантазиями и размышлениями о психотерапевте, что будет не в состоянии справляться со своими повседневными обязанностями и исполнять свои обычные социальные роли.

Если реакции переноса становятся столь сильными, что пациент отказывается верить в их иллюзорность, не может более рассматривать и обсуждать их так, чтобы это способствовало достижению целей психотерапии, и под их воздействием лишается способности выполнять свои обычные обязанности и роли, говорят, что пациент страдает *психозом переноса*. Психотические реакции переноса, за редкими исключениями для вызвавшего их психотерапевта, становятся очевидными как болезненные. Пациент полон всепоглощающей любви или жестокой ненависти к психотерапевту и отказывается рассматривать возможность беспочвенности своих чувств; он предъявляет невыполнимые требования («Вы должны встречаться со мной каждый день и не принимать больше никаких пациентов»), приходит в ярость или впадает в уныние, если его притязания отклоняются; кроме того, у пациента часто случаются периоды тревоги, отсутствия ясности мышления или потери самоконтроля, сопровождаемые фантазиями и мечтами на тему отношений с психотерапевтом.

Эти и другие проявления психотического переноса свидетельствуют о серьезной дезорганизации личности, поскольку они связаны со снижением способности регулировать свои эмоции и отличать фантазии от реальности. Дезорганизация личности пациента заводит психотерапию в тупик, так как представляет собой полное поглощение «переживающим Я» пациента его «наблюдающего Я». Таким образом, реакции психотического переноса следует рассматривать как опасный поворот событий. Там, где это возможно, необходимо предотвращать их, а если они все-таки возникли, пытаться ликвидировать последствия этого патологического процесса.

Подверженность психотическому переносу обычно обусловлена личностными нарушениями, которые можно обнаружить во время начальной диагностической фазы психотерапии; в этом случае психотерапевт должен крайне осторожно использовать методы экспрессивной психотерапии. Однако иногда слабая способность контролировать эмоции и сохранять адекватную дистанцию в межличностных отношениях (особенно у пациентов с пограничными расстройствами) может маскироваться внешне вполне приемлемой личностной целостностью. При этом предрасположенность к интенсивным реакциям переноса может оставаться незамеченной до тех пор, пока подобные реакции не станут объективным фактом. Если это происходит, раскрывающую стратегию психотерапии следует заменить поддерживающей стратегией, которую при более точной диагностике необходимо было избрать с самого начала.

План лечения может быть скорректирован также в том случае, если пациент способен извлечь пользу из раскрывающей психотерапии, но интенсивность его переноса при избранной частоте сеансов превышает уровень, допустимый рамками рабочего альянса. Тогда, например, особенно склонный к переносу пациент, посещающий психотерапевта дважды в неделю, сможет продолжить курс раскрывающей психотерапии, однако частоту сеансов следует сократить до одного раза в неделю, с тем чтобы предотвратить достижение переносом опасного уровня интенсивности[9].

Позитивные и негативные чувства при переносе

Любая реакция переноса сочетает в себе и позитивное, и негативное отношение к психотерапевту. Хотя психотерапевты обычно говорят просто о «позитивном» или «негативном» переносе, фактически различие между позитивным и негативным применимо только по отношению к чувствам, испытываемым пациентом к психотерапевту, а не к какому-либо глобальному свойству переноса. Все реакции переноса по существу являются негативными феноменами в том смысле, что они представляют собой искажение реальности и неизменно приводят к сопротивлению. Поэтому, как отмечает Сингер (Singer, 1965, p. 270–278), термины «позитивный перенос» и «негативный перенос» целесообразно использовать и интерпретировать только в значении позитивных или негативных чувств и установок, включенных в перенос.

Характерный эмоциональный тон реакций переноса зависит от прежнего опыта пациента и его индивидуальных особенностей. Мрачные, подозрительные пациенты, затаившие злобу на значимых в их жизни людей, проявляют при переносе преимущественно негативные установки, а реакции пациентов, склонных идеализировать партнера по межличностным отношениям и стремиться расположить его к себе, обычно позитивно окрашены. Подобное различие в эмоциональном тоне реакций пациентов на психотерапевта позволяет сделать предположение о соотношении между позитивными и негативными чувствами, которые пациенты испытывают к другим людям из своего прошлого и настоящего. Более того, поскольку нереалистично позитивные или негативные установки являются частью психологической проблемы пациента, изменения в преобладающем эмоциональном тоне реакций переноса может служить признаком гармонизации эмоциональных отношений с другими людьми.

Выявив преобладающую эмоциональную окраску реакций переноса у пациента, психотерапевт получает возможность выбрать оптимальный способ вмешательства, если оно необходимо. Позитивные и негативные реакции переноса требуют разных психотерапевтических стратегий, в частности в связи с тем, что психотерапевтические воздействия, как правило, следует сосредоточивать на негативном переносе и вести себя более осторожно при анализе и интерпретации позитивного переноса.

Прямое и косвенное выражение переноса

Перенос может проявляться с разной степенью открытости, а действия, в которых обнаруживаются обусловленные переносом позитивные или негативные чувства

пациента к психотерапевту, могут быть и весьма завуалированными, и явными. Во-первых, наиболее изощренным способом выражения переноса является простое изменение в поведении пациента или в его внешнем виде. Под влиянием позитивного переноса пациент, к примеру, может приходить на сеансы несколько раньше и задерживаться после них, завязать знакомство с секретарем или регистратором психотерапевта, будто желая таким образом сблизиться с ним. Пациент может появляться у психотерапевта особенно нарядным, с безупречной прической, пытаясь вызвать его одобрение или сексуальный интерес. Жесты и мимика пациента также могут передавать его стремление стать ближе психотерапевту, привлекательнее для него; пациент может, например, при разговоре наклоняться вперед, к психотерапевту, или придвигать к нему кресло, принимать соблазнительную позу, часто улыбаться и одобрительно кивать.

Под влиянием негативных чувств пациент может проявлять в своем поведении противоположные завуалированные признаки переноса. Он может периодически опаздывать, отпрашиваться пораньше, держаться подчеркнуто сухо с помощниками психотерапевта, как бы дистанцируясь от него; он может не уделять внимание своей одежде и прическе, даже являться на сеанс в растрепанном, неряшливом виде, как бы выражая пренебрежительное отношение к производимому на психотерапевта впечатлению, подразумевая, что ни психотерапия, ни психотерапевт не стоят того, чтобы привести себя в порядок; он может отодвигать свое кресло от психотерапевта, усаживаться как можно дальше от него, неодобрительно качать головой или как-то иначе проявлять свою непреклонность и незаинтересованность.

Второй, несколько более открытый способ выражения переноса заключается в том, что пациент начинает оценивать окружающую психотерапевта обстановку и его профессию. Так, пациент может отметить, что ему нравится какая-то картина в кабинете, или что он хотел бы иметь дома кресло, такое же удобное, как то, в котором он сидит во время сеансов, или что ему нравится подборка журналов, разложенных в холле, что он доволен удобным расположением автобусной остановки напротив здания, в котором работает психотерапевт. Если эмоциональный тон переноса преимущественно негативный, пациент может осыпать психотерапевта скрытыми колкостями или упреками: «По-моему, у вас здесь слишком жарко», «К вам так высоко подниматься», «Знаете, ваш регистратор не слишком приветлив», «Очень жаль, что к вам так неудобно добираться». Позитивный или негативные комментарии по поводу окружения психотерапевта обычно скрывают под собой те же по качеству чувства к психотерапевту как к человеку.

Точно так же и завуалированное одобрительное или неодобрительное отношение к профессии психотерапевта может использоваться как косвенное выражение переноса. Пациент может рассказать о друге, которому помогла психотерапия, или заявить о потребности современного общества в специалистах по вопросам психического здоровья, или отметить, как, должно быть, интересно и благородно слушать людей и помогать им в разрешении их проблем. Пациент может также упомянуть о знакомых, которым психотерапия не принесла никакой пользы, или сослаться на газетную статью, в которой ставится под сомнение эффективность

психотерапии, или оценить работу психотерапевта как скучное и неблагодарное занятие.

Подобные замечания могут иметь под собой реальную основу, в отличие от искажающих реальность чувств, которые стоят за этими замечаниями. В кабинете психотерапевта может быть действительно жарко, кабинет действительно может находиться в неудобном месте; разумеется, исход психотерапии может быть как благоприятным, так и неблагоприятным, а эффективность этого вида лечения можно активно обсуждаться в разных изданиях. Поэтому иногда эти комментарии требуют прямого ответа в рамках реальных отношений или рабочего альянса: «Сожалею, что вам пришлось так высоко подниматься по лестнице; лифт должны починить на следующей неделе» (реальные отношения); «Положительный результат нашей совместной работы нельзя гарантировать, но есть все основания полагать, что психотерапия вам поможет, а наше соглашение предусматривает лечение лишь до тех пор, пока оно приносит пользу» (рабочий альянс).

Однако в большинстве случаев даже объективные замечания об окружении психотерапевта и о его профессии являются признаком переноса и нуждаются в исследовании. Начать анализ переноса, обусловившего эти замечания, целесообразно с вопроса самому себе: «Почему пациент сказал об этом и почему именно сейчас?» Если только разумный ответ на этот вопрос не свидетельствует о необходимости поддерживать реальные отношения или рабочий альянс, замечание пациента следует рассматривать как косвенное выражение позитивных или негативных чувств пациента, вызванных переносом.

В отличие от косвенных, более или менее очевидные проявления переноса не оставляют сомнений в том, что в их основе лежат нереалистичные чувства и установки по отношению к психотерапевту, хотя эти чувства и установки могут напрямую не выражаться. Чаще всего психотерапевт может услышать оценочные комментарии, касающиеся его как человека или процесса лечения. Будучи позитивно настроенным, пациент проявляет интерес к психотерапевту, одобряет его («Скажите, а вы женаты (замужем)?»; «У вас милая улыбка»); он может рассказывать о приятных сновидениях или фантазиях, связанных с психотерапевтом; он может хвалить психотерапию, чтобы угодить психотерапевту («Психотерапия действительно много мне дает»; «Вы всегда находите нужные слова»). И напротив, пациент, который настроен негативно, может критиковать психотерапевта («Мне кажется, я вам не интересен») или психотерапию («За свои деньги и потраченное время я ожидал большего»); он может также рассказывать о сновидениях и фантазиях, в которых психотерапевт принимает участие как субъект или объект насилия или отвержения.

Наконец, четвертый уровень открытости проявления переноса характеризуется тем, что пациент выражает обусловленное переносом отношение к психотерапевту открыто и ясно. Открыто и ясно выражая позитивные установки, пациент не просто придвигается поближе к психотерапевту, превозносит его мастерство, восхищается обстановкой его кабинета. Пациент открыто признается в своих чувствах: «Вы мне нравитесь»; «Я вас люблю»; «Я бы хотел узнать вас получше» или «Жаль, что вы не мой отец (не моя мать, не мой муж, не мой любовник и т. д.)».

Открыто выражая негативные установки, пациент не делает туманных намеков, опаздывая на сеансы, описывая известные ему случаи неудачного лечения или ставя под сомнение компетентность психотерапевта. Он просто дает знать: «Я сердит на вас»; «Все, что вы делаете, меня раздражает» или «Я не хочу с вами больше разговаривать».

Прямое/косвенное выражение и осознание переноса

Понимая, что перенос может выражаться как прямо, так и косвенно, психотерапевт получает возможность распознавать его проявления, а также оценивать степень осознания пациентом своих чувств. Открыто выраженный перенос свидетельствует о том, что пациенту очевидны его чувства так же, как и психотерапевту; чем менее открыто выражается перенос, тем выше вероятность того, что связанные с ним чувства находятся за пределами сознания пациента.

Проиллюстрируем зависимость между косвенным выражением переноса и его неосознанностью следующим примером: пациент, который жалуется на отсутствие результатов психотерапии, когда факты говорят об обратном, может осознать, что он сердится на психотерапевта и пытается наказать его своими жалобами. Но пациент может и не отдавать себе отчета в том, что выраженное им негативное отношение к психотерапии безосновательно и отражает негативное отношение лично к психотерапевту. Поведение пациента, высказавшего сомнение в эффективности психотерапии вообще, а не психотерапии, в которой он участвует сам, поза его (например, сидит, откинувшись на спинку кресла), выражающая отстранение от психотерапевта, еще менее тесно связаны со скрытыми чувствами переноса и, вероятно, эта связь осознается еще в меньшей степени.

Это не означает, что косвенное выражение чувств, обусловленных переносом, подразумевает отсутствие осознания. Пациентка, надевающая на сеанс психотерапии особенно короткую юбку или блузку с вызывающе глубоким декольте, может вполне осознанно стремиться привлечь внимание симпатичного ей психотерапевта. Как правило, чем более завуалирован перенос, тем меньше вероятность осознания пациентом значения своего поведения. Таким образом, можно провести аналогию между прямым и косвенным выражением переноса, с одной стороны, и ближними и отдаленными дериватами, о которых говорилось в главе 8, — с другой, что позволяет пользоваться теми же принципами интерпретирования. Точно так же как при интерпретировании ближние дериваты предпочтительнее отдаленных, так и прямые проявления переноса более ценны для интерпретирования, чем косвенные проявления переноса.

Отреагирование переноса

Последний параметр, характеризующий выражение переноса, — это изменение обычной последовательности событий, в которых проявляется перенос. Реакция переноса, как говорилось ранее, представляет собой смещение на психотерапевта мыслей, чувств и побуждений, изначально имеющих отношение к другим людям в жизни пациента. Сильные чувства к психотерапевту, возникшие таким образом, могут более или менее открыто выражаться в его присутствии, либо, в свою очередь, смещаться на людей, с которыми пациент общается в повседневной жизни.

Так, пациент, рассерженный на психотерапевта, после сеанса может без причин накинуться на жену; или пациентка, испытывающая сексуальное влечение к психотерапевту, может начать роман с мужчиной того же возраста, что и психотерапевт, похожим на него внешне или еще как-то.

Этот перенос отношения к психотерапевту на людей из внешнего окружения называют *отреагированием переноса* (см. Greenson, 1967, p. 258–263). Хотя отреагирование обусловленных переносом чувств может происходить одновременно с их открытым или косвенным выражением на психотерапевтических сеансах, чаще всего оно полностью замещает проявления переноса в присутствии психотерапевта. Таким образом, отреагирование переноса всегда выполняет функцию сопротивления, поскольку мешает психотерапевту заметить обусловленные переносом установки и чувства пациента.

Чтобы предотвратить это сопротивление, психотерапевт должен чутко реагировать на любые особенности поведения пациента, позволяющие подозревать отреагирование переноса. У пациентов, сопротивляющихся появлению переноса на психотерапевтических сеансах, единственным признаком существования реакций переноса, подлежащих выявлению и исследованию, может оказаться не объяснимое иным путем поведение вне психотерапии, особенно если оно сопоставимо по качеству с реакцией переноса, возникновение которой можно было ожидать в присутствии психотерапевта. Аналогично этому, об отреагировании переноса следует задуматься в том случае, когда пациент, все более открыто выражавший свои обусловленные переносом чувства, внезапно перестает говорить об отношениях с психотерапевтом и начинает вести себя нетипично, так что в его поведении просматриваются чувства к психотерапевту, которые он должен был выразить.

Исследование и интерпретирование реакций переноса

Эффективный анализ и интерпретирование реакций переноса значительно облегчают достижение целей психотерапии[10] по причинам, отмеченным в начале этой главы. Для построения эффективной интерпретационной последовательности в ответ на проявления переноса психотерапевт должен соблюдать рекомендации, представленные в главе 8. Эти рекомендации можно уточнить применительно к интерпретированию проявлений переноса, вновь возвратившись к главным вопросам: *что* интерпретировать в поведении пациента, *когда это интерпретировать*, и *как* выстраивать интерпретационную последовательность.

Выбор аспектов переноса, подлежащих интерпретированию

Хотя таких аспектов реакций переноса, которые следует интерпретировать в любой ситуации или не следует интерпретировать ни при каких обстоятельствах, не существует, при интерпретировании переноса предпочтение необходимо отдавать:

а) негативным установкам перед позитивными;

б) относительно открытым проявлениям переноса перед косвенными.

Приоритет при интерпретировании негативных установок перед позитивными объясняется риском нежелательных последствий интерпретирования позитив-

ных чувств к психотерапевту. Во-первых, поскольку все интерпретации косвенным образом выражают критику, интерпретации позитивного переноса могут восприниматься как унижение и отвержение. Пациент, к примеру, говорит: «Мне нравится видеть вас каждую неделю», — а затем вполне продуктивно, без намека на сопротивление, рассказывает о вещах, имеющих непосредственное отношение к задачам психотерапии. Воспользоваться этим беглым замечанием — например, уличив пациента в лукавстве (в конечном счете, пациент должен прорабатывать свои личные проблемы, а не наслаждаться общением) или раскрыв тайный смысл этого замечания (вполне может быть, что пациент переносит на психотерапевта чувства, испытываемые в действительности к кому-то другому), — равноценно пощечине. Пациент оказывается в глупом положении: его любезности несерьезны и лично для психотерапевта ничего не значат, единственное, что в них имеет смысл, это скрывающиеся за ними мотивы (например, «Почему у вас возникла потребность сказать мне об этом?»).

Анализ неустойчивых проявлений переноса редко позволяет получить ценную информацию, а если они позитивно окрашены, их исследование может обескуражить пациента и снизить его интерес к продолжению психотерапии. Легкий позитивный перенос слишком ценен для психотерапии, чтобы приносить его в жертву интерпретированию, особенно если интерпретация не оправдывает дистресса, причиняемого пациенту.

Во-вторых, поскольку интерпретации отражают особый интерес к мыслям и чувствам пациента, исследование реакций позитивного переноса может рассматриваться как провокация. Если, например, в ответ на замечание пациентки «Мне нравится с вами встречаться», психотерапевт, улыбаясь и подаваясь вперед, говорит: «Расскажите об этом поподробнее», его поведение не может не означать, что ему приносят удовлетворение комплименты пациентки. Поскольку это удовлетворение может подразумевать, что пациентка интересует психотерапевта не только с профессиональной точки зрения, акцентирование внимания на позитивном переносе может заставить пациентку и дальше превозносить психотерапевта в ожидании ответных чувств с его стороны. Такая провокация влечет за собой неприятные последствия: позитивный перенос достигает пика интенсивности, порождая сопротивление, а после того как пациент наконец осознает, что психотерапевт не собирается отвечать взаимностью, вызывает более горькое разочарование и более интенсивный негативный перенос.

Тем не менее возможность неприятных последствий сосредоточения внимания на позитивных чувствах при переносе не оправдывает игнорирование этих чувств из-за риска для рабочего альянса. Пациент, к примеру, делает в ходе психотерапии заметные успехи, сопровождающиеся частыми проявлениями переноса; допустим пациент интересуется возрастом психотерапевта и говорит о том, что будет расстроен, если не получит ответа; или пациент явно обходит какую-то важную тему, обсуждение которой для него неприятно и мучительно. Для поддержания положительного настроя пациента психотерапевт должен был бы сообщить свой возраста в первой ситуации и позволить пациенту избегать важной темы — во второй. В любом случае, он пошел бы на уступки, на нарушение психотерапевтического контракта; то есть в своих действиях он руководствовался сиюминут-

ной потребностью пациента в комфорте, а не целью развития у него самосознания. Психотерапевт уклоняется от своих обязанностей, если он настолько дорожит позитивным переносом пациента, что всячески пытается его сохранить.

Интерпретирование негативного переноса не влечет за собой такие нежелательные последствия акцентирования внимания на позитивном переносе, как ощущение отверженности или иллюзия взаимной привязанности. Поскольку при негативном переносе пациент уже испытывает дискомфорт, оказавшись в психотерапевтической ситуации, исследование негативных чувств не ведет ни к каким потерям в смысле снижения интереса к участию в психотерапии. Более того, точные интерпретации, свидетельствуя о внимании и эмпатии со стороны психотерапевта, вряд ли укрепят негативные установки пациента так же, как они укрепляют позитивное отношение пациента к психотерапевту. Напротив, если негативный перенос приводит к напряженности в отношениях с психотерапевтом или угрожает их полным разрывом, своевременная интерпретация переноса может не только расширить границы самосознания пациента, но и оживить его интерес к совместной психотерапевтической работе.

Что касается предпочтения интерпретирования открыто выраженного переноса интерпретированию косвенных проявлений переноса, из сказанного ранее следует, что интерпретационная последовательность должна быть направлена на поведение, имеющее достаточно ясную и тесную связь с лежащими в его основе скрытыми чувствами и установками. В контексте обсуждавшегося выше вопроса о степени открытости проявлений переноса это означает, что комментарии, касающиеся окружения психотерапевта и его профессии, как правило, не выступают в качестве главного предмета интерпретирования. Опоздание на психотерапевтический сеанс или упоминание о неудачном опыте психотерапии одного из знакомых могут стать полноценной основой для интерпретирования сопротивления, связь же этого поведения с переносом неочевидна, и в качестве предмета интерпретирования оно подходит в меньшей степени, чем личностное сопротивление, сопротивление содержанию или сопротивление изменению.

С другой стороны, замечания, касающиеся лично психотерапевта, и открыто выраженное отношение к нему прямо указывают на наличие реакций переноса и обычно позволяют многое узнать о характере и интенсивности этих реакций. Поэтому интерпретации переноса в этом случае дают меньше оснований усомниться в их точности, они доказуемы и более доступны для осознания пациентом. Соответственно, интерпретации переноса следует «приберегать» для достаточно открытых проявлений пациентом чувств к психотерапевту и воздерживаться от их использования, если эти проявления неочевидны.

Выбор момента для интерпретирования переноса

Как и все интерпретации, интерпретации переноса должны предлагаться тогда, когда пациент готов их осознать и настроен на их рассмотрение, а также когда психотерапевт, со своей стороны, достаточно уверен в их правильности и способен доказать это. Кроме того, интерпретации переноса не должны следовать сразу после предшествующей интерпретации и должны давать возможность для обсуждения. Интерпретирование переноса должно отвечать требованиям своевремен-

ности и оптимального дозирования, как указывалось в главе 8; кроме того, предпочтительнее проводить его в следующих ситуациях:

а) когда перенос порождает выраженное сопротивление;
б) когда реакции переноса обладают умеренной интенсивностью, достаточно высокой, чтобы их наличие можно было продемонстрировать, но и не переходящей определенной границы;
в) когда интерпретация позволяет получить значимую информацию.

Когда перенос порождает выраженное сопротивление

Все реакции переноса приводят к сопротивлению, отвлекая пациента от его собственных проблем, для разрешения которых он обратился за помощью. Однако так же, как в случае с сопротивлением, необходимо подождать, пока оно достигнет определенной точки, позволяющей его эффективно проинтерпретировать. В случае с переносом необходимо интерпретировать его лишь тогда, когда он начинает препятствовать обсуждению пациентом самого себя и собственных затруднений. Проиллюстрируем этот принцип своевременности следующим примером: допустим, во время сеанса, на который психотерапевт опоздал, пациент говорит о том, что ожидает от людей слишком многого и не выносит тех, кто заставляет его ждать. Предположим, что после этого замечания пациент продолжает свободно и конструктивно обсуждать свои проблемы в межличностных отношениях.

В этой ситуации психотерапевт мог бы с достаточной долей уверенности начать интерпретацию переноса примерно следующим образом: «А вызвал ли я у вас раздражение, опоздав сегодня на сеанс и заставив вас ждать?» Но такая интерпретация не оказала бы заметного воздействия, поскольку раздражение пациента не достигло той точки, когда он почувствовал бы потребность его выразить или когда оно стало бы препятствовать дальнейшей работе. Для указания на перенос и для его исследования были бы достаточные основания лишь в том случае, если бы пациента так возмутило опоздание, что он отказался бы от разговора или как-то иначе проявил существенное сопротивление.

Приурочивание интерпретаций переноса к проявлению существенного сопротивления необходимо не только в связи с повышением при этом их эффективности, но и потому, что интерпретирование переноса в контексте незначительного сопротивления чревато некоторыми нежелательными последствиями. В частности, чем чаще психотерапевт вмешивается в продуктивное, целенаправленное поведение пациента, чтобы проинтерпретировать элементы переноса, который вызывает лишь незначительное сопротивление, тем выше вероятность того, что пациент будет воспринимать это как придирки и упреки, желание не столько помочь, сколько продемонстрировать свою ученость и невнимание к тому, о чем он намеревался рассказать[11].

Когда перенос обладает умеренной интенсивностью

Как уже отмечалось, при переносе интерпертирование установок, чувств и побуждений следует отсрочить до того момента, когда реакции достигнут уровня интенсивности, позволяющего пациенту осознать их и отличить от реального отношения к психотерапевту. Если говорить о пациенте, который упомянул о своей не-

терпимости к опоздавшим, а затем продолжил конструктивное обсуждение своих проблем, убедить его в том, что он раздражен опозданием психотерапевта было бы непросто. Даже если бы его удалось в этом убедить, вряд ли можно утверждать, что испытываемое им легкое раздражение в ответ на действительное опоздание психотерапевта было беспочвенным и поэтому заслуживало тщательного исследования.

Таким образом, одним из условий эффективного интерпретирования реакций переноса является определенный уровень интенсивности, достаточный для того, чтобы привести к более или менее очевидным поведенческим проявлениям и довольно заметному сопротивлению. С другой стороны, допускать нарастание интенсивности реакций переноса следует лишь до той точки, пока она не превысила уровень, вписывающийся в рамки рабочего альянса. Даже если психотерапевтическим планом предусматривается формирование невроза переноса, ни одна реакция не должна быть настолько интенсивной, чтобы это лишало пациента возможности осознать свой перенос. У пациентки, которая без памяти влюблена в своего психотерапевта или так сердита на него, что категорически отказывается от общения с ним, перенос достиг неприемлемой интенсивности, что можно было предотвратить с помощью интерпретаций этих позитивных и негативных чувств на стадии их формирования.

Точная оценка интенсивности переноса особенно важна в том случае, если чувства, связанные с переносом, выражаются лишь косвенным путем и не осознаются пациентом. Например, пациентка, которая тщательно избегает слов, выражающих личное отношение к психотерапевту, но делает ему подарки, «по забывчивости» оставляет в его кабинете свои вещи и начинает перенимать его манеры, вероятно, находится на грани недопустимо сильного позитивного переноса. В связи с высокой интенсивностью отражаемых ими чувств эти действия требуют интерпретирования, хотя в обычной ситуации они не должны были бы привлечь такое пристальное внимание, поскольку являются косвенными проявлениями позитивного переноса. Косвенные проявления сильного негативного переноса должны распознаваться и вызывать соответствующую реакцию со стороны психотерапевта, прежде чем этот перенос достигнет деструктивной интенсивности.

Подводя краткий итог сказанному выше об интерпретировании переноса, отметим, что косвенно выраженный незначительный позитивный перенос с точки зрения интерпретирования заслуживает наименьшего внимания, а открытое выражение интенсивного негативного переноса — максимального. Целесообразность интерпретирования переноса возрастает с переходом позитивного переноса в негативный, слабого переноса в умеренно интенсивный и косвенных проявлений переноса — в открытые.

Когда интерпретация позволяет получить значимую информацию

Точная, своевременная и удачно сформулированная интерпретация всегда позволяет узнать что-то новое. Однако в ситуации, требующей интерпретирования, интерпретации, направленные на элементы переноса в поведении пациента, обладают разным уровнем информативности. Поэтому, прежде чем избрать в качестве предмета интерпретации какую-либо реакцию переноса, следует определить не только ее эмоциональный тон, но и информативную ценность.

Чтобы пояснить, что подразумевается под «информативной ценностью» реакции переноса, необходимо для начала подчеркнуть, что интерпретация переноса сама по себе не является целью психотерапевтического процесса. Интерпретация переноса — это средство обеспечения успешной психотерапевтической работы, которое следует использовать в том случае, если оно поможет ослабить сопротивление или обнаружить скрытые аспекты межличностной жизни пациента. Поскольку иногда элементы переноса играют в сопротивлении лишь второстепенную роль, а проявления переноса иногда не позволяют узнать о пациенте ничего нового, в некоторых ситуациях интерпретирование переноса, даже если оно возможно, с практической точки зрения бессмысленно.

В качестве иллюстрации обеих ситуаций, при которых интерпретации переноса обладают ничтожной информативной ценностью, рассмотрим тот же пример с опоздавшим психотерапевтом и не терпящим опозданий пациентом. В этом случае пациент после беглого замечания о нетерпимости к людям, которые заставляют его ждать, продолжает свободное, продуктивное обсуждение своих межличностных проблем, и это служит основанием для невмешательства психотерапевта. Предположим теперь, что пациент продолжил разговор следующим образом: «Помню, на прошлой неделе... Мне даже неприятно думать об этом... Мне кажется, это было совсем не так...». Эти слова подразумевали бы наличие сопротивления и требовали бы интерпретирования, но не интерпретирования переноса. Наиболее вероятным в этом случае было бы сопротивление содержанию, а не сопротивление, обусловленное переносом. Поэтому интерпретирование переноса, несмотря на его проявление в некоторых аспектах поведения пациента, все же было бы малоэффективным для понимания или разрешения имеющегося сопротивления.

В отношении чувств пациента из приведенного примера можно сделать вывод: его раздражение по поводу опоздания психотерапевта заключается в том, что он вообще склонен раздражаться в ситуации общения из-за своей высокой требовательности к людям, — однако это именно то, о чем пациент говорит далее без какого-либо вмешательства со стороны психотерапевта. Если реакции переноса отражают межличностные установки, которые пациент вполне осознает и может свободно обсуждать, вмешательство в форме интерпретаций не позволит узнать ничего нового.

С другой стороны, поведение, свидетельствующее о наличии обусловленного переносом сопротивления или не рассматривавшихся ранее межличностных установок, позволяет получить достаточно ценную информацию при помощи интерпретации переноса. Допустим, что пациент (тот же пример), приглашенный в кабинет на пять минут позже обычного, сидит некоторое время молча, а затем говорит: «Я хотел сегодня кое о чем рассказать, но у меня пропало желание это делать — я сердит на вас». Эта реакция указывала бы на наличие сопротивления, поскольку пациент уклоняется от психотерапевтической работы, и в основе этой реакции лежал бы перенос, поскольку выполнять возложенные на него обязанности пациенту мешали его чувства к психотерапевту.

Кроме того, обида пациента на всего лишь пятиминутное опоздание («Вы поступили нечестно, поэтому я не буду с вами разговаривать») свидетельствовала

бы о том, что он и вне психотерапии реагирует на подобные ситуации чрезмерно эмоционально. Таким образом, направленность интерпретации на преувеличенную, неадаптивную реакцию, вызванную поведением психотерапевта, могла бы способствовать как ослаблению сопротивления, так и осознанию пациентом одной из своих личных особенностей, ограничивающих удовлетворенность межличностными отношениями и эффективность при общении.

Интерпретационная последовательность

Для эффективного интерпретирования переноса необходима цепочка вмешательств, цель которых — помочь пациенту прояснить, исследовать и понять механизм влияния на его поведение нереалистичных чувств, установок и побуждений по отношению к психотерапевту. При рассмотрении конкретных процедур интерпретирования переноса следует иметь в виду, что вопрос, как интерпретировать перенос, уместен лишь тогда, когда были выполнены описанные выше условия выбора предмета и момента интерпретирования.

Прояснение реакций переноса

Первое, что должен сделать психотерапевт в ответ на достаточно открыто выраженный перенос, во всех отношениях подходящий для интерпретирования, — указать на содержащиеся в поведении пациента искажения реальности и тем самым привлечь его внимание, возбудить любопытство. Как отмечалось ранее, искажения, лежащие в основе переноса, связаны с неточным восприятием либо психотерапевта, либо психотерапевтического контракта. Пытаясь помочь пациенту осознать, что его поведение необычно и требует рациональной оценки, психотерапевт может обратить внимание на один или на оба вида искажения.

Если перенос связан с неправильным восприятием психотерапевта, задача последнего — указать пациенту на то, что сформировавшийся у него образ отличается от реального. Диалоги в начале сеанса, представленные ниже, могут послужить примером прояснения достаточно открыто выраженного переноса.

Пациентка: Вы, кажется, сегодня не в духе и готовы сорвать на мне зло.

Психотерапевт: Что заставило вас сделать такой вывод?

Пациентка: Не знаю. От вас просто не исходит тепло, будто у вас плохое настроение или будто я вас раздражаю.

Психотерапевт: У меня нет такого ощущения, что я не в настроении или раздражен вами. Может быть, есть какие-то причины, почему вы меня так воспринимаете?

Пациентка (*задумчиво молчит*): Наверное, есть. Я должна кое-что рассказать вам и не знаю, как вы отреагируете. (*Пауза.*) Я решила жить вместе со своим молодым человеком, и мне кажется, что вы это не одобрите.

Пациент (*долгая пауза*): Я не знаю, о чем сегодня говорить. (*Пауза.*) Так трудно начать. (*Пауза.*) Вы выглядите напряженным и встревоженным.

Психотерапевт: Вы говорите, что вам трудно начать разговор, но напряженным и встревоженным, по вашим словам, выгляжу я.

Пациент (*быстро и громко*): Я могу говорить, я уверен в этом, ничто мне не мешает (*умолкает, затем продолжает уже тише*). Думаю, вы правы. Я встревожен, поскольку со мной кое-что произошло, и я должен вам об этом рассказать. Меня волнует, что вы об этом скажете.

Оба эти примера весьма показательны с точки зрения процесса психотерапии. Оба они иллюстрируют сопротивление, проявляющееся в нежелании говорить; в обоих случаях сопротивление имеет очевидную связь с переносом, а именно с опасением, — что подумает психотерапевт или как он отреагирует; в обоих случаях реакция переноса носит преимущественно позитивный характер и, по сути, представляет собой желание заслужить одобрение психотерапевта. Кроме того, в первом примере упоминание пациенткой намерения переехать к своему молодому человеку, возможно, несколько провокационно (попытка вызвать у психотерапевта ревность или сексуальные фантазии) или представляет собой отреагирование переноса.

Если вследствие переноса происходит искажение психотерапевтического контракта, психотерапевт должен, в первую очередь, сопоставить желания пациента с соответствующими положениями заключенной ранее договоренности. Допустим, как это часто случается, пациент упрекает психотерапевта в молчании, отказе дать совет или ответить на вопрос. В этом случае психотерапевт мог бы сказать следующее:

Вы говорите, что вас огорчает мое нежелание дать вам совет, будто я не хочу вам помочь. Однако в самом начале мы договорились, что я буду пытаться помочь вам понять самого себя, чтобы вы могли самостоятельно принимать решения и не нуждались в моих советах. Видимо, вас огорчает не мое поведение, а что-то другое.

Как и в случае с сопротивлением, проявления переноса на средней фазе психотерапии еще раз подчеркивают необходимость ясного, одобренного обеими сторонами психотерапевтического контракта. Психотерапевт, действующий при отсутствии подобной договоренности, не сможет доказать пациенту, что его реакция переноса отражает чувства и установки, не соответствующие реалиям психотерапевтической ситуации. Поведение пациента можно эффективно использовать для расширения сферы самопонимания лишь в том случае, если будут приведены доводы, которые смогут убедить пациента в том, что его поведение необоснованно и, следовательно, обусловлено какими-то скрытыми мотивами.

Исследование реакций переноса

После того как пациенту было наглядно показано, что причины его поведения необъективны и нуждаются в тщательном изучении, необходимо приступить к исследованию истоков и значения переноса. Допустим, пациентка гневно, но безосновательно обличает психотерапевта в невнимательном отношении к ней. Как эта женщина узнает, что испытывает именно гнев, какие у нее возникают образы и ассоциации? В каких других ситуациях, из прошлого и настоящего, она испытала гнев из-за невнимания к ней? По отношению к кому она чувствовала такой же гнев и как она обычно его выражает? Ответы на эти и аналогичные вопросы позволят вскрыть изначальный межличностный конфликт, который проигрывает-

ся в форме переноса, и выявить переносимые на психотерапевта чувства и установки по отношению к значимым для пациентки людям.

Глубина исследования свойств, процесса формирования и других случаев проявления переноса зависит от готовности пациента вспомнить определенные события и рассказать о них. Частичные интерпретации и метод свободных ассоциаций поможет продвинуться в исследовании переноса несколько дальше; но если запас ассоциаций пациента, имеющих отношение к реакции переноса, исчерпан, ее анализ следует прекратить и отложить до следующего момента возникновения такой же реакции.

Понимание реакций переноса

Если при исследовании реакций переноса удалось получить информацию, которая может лечь в основу интерпретации, необходимо помочь пациенту осмыслить перенос, чтобы он смог лучше разбираться в своих межличностных отношениях в целом. Главное в этом процессе — помочь пациенту связать свои реакции переноса с неосознаваемым прежде отношением к другим людям, которое сформировало его перенос.

Интерпретации, цель которых — помочь пациенту использовать психотерапевтические отношения для анализа своего межличностного опыта в целом, могут быть направлены как на события прошлого, так и на события настоящего. В качестве иллюстрации использования переноса для воссоздания имевшегося в прошлом межличностного опыта, рассмотрим пример, в котором только что были прояснены негативные реакции на психотерапевта пациентки с устойчивым чувством неполноценности, особенно в отношениях с мужчинами.

Пациентка: Теперь, когда вы об этом сказали, я понимаю, что в вашем поведении и выражении лица не было ничего необычного. Однако, когда я начала сегодня разговор, мне показалось, что вы смотрите надменно, будто насмехаетесь надо мной, и мне стало очень обидно. Почему у меня сложилось такое впечатление?

Психотерапевт: Наверное, какие-то другие люди в вашей жизни производят на вас такое же впечатление.

Пациентка: Другие люди? Дайте подумать. (*Пауза.*) Знаете, я об этом уже давно не думала, и сейчас мне неприятно об этом вспоминать, но мой отец вела себя по отношению ко мне примерно так же. Когда бы я ни пыталась ему рассказать о чем-то важном для меня, он самодовольно улыбался, снисходительно, насмешливо отвечал что-нибудь, а я чувствовала себя полным ничтожеством. Не знаю, чего было больше, гнева или унижения, думаю, я чувствовала и то и другое.

Психотерапевт: То есть вы отреагировали на меня так, будто я ваш отец, а вы — все еще маленькая девочка.

Пациентка: Это глупо, но, видимо, так оно и есть.

Психотерапевт: Таким образом, вы, взрослая женщина, чувствуете себя неполноценной перед мужчинами, поскольку все еще считаете себя маленькой девочкой и воспринимаете мужчин так же, как своего отца, как людей выше вас.

В этом примере проявления переноса использовались как ключ к реальному прошлому опыту пациентки, который, вероятно, стал одной из причин ее психологических проблем во взрослой жизни, и психотерапевт смог помочь ей вспомнить и вновь пережить некий неразрешенный конфликт ее детства. Психотерапевт мог бы также побудить пациентку к дальнейшему исследованию своих воспоминаний об отце и к выражению подавленных эмоций, а не переходить сразу к интерпретированию переноса. Однако при интерпретировании переноса повтор прошлых переживаний является не целью психотерапии, а средством достижения самопонимания и позитивных поведенческих изменений в настоящем. В приведенном выше примере психотерапевт сначала помог пациентке получить ответ на важный вопрос («Почему у меня сложилось такое впечатление?»), указав на ее искаженное восприятие психотерапевта, а затем помог ей понять, что ее сегодняшние трудности в отношениях с мужчинами, возможно, связаны с подобным искажением, обусловленным сохранением когда-то оправданных детских чувств.

Реакцию переноса можно точно так же использовать и для установления прямой связи с актуальными межличностными отношениями вне психотерапии, то есть без мысленного возвращения в прошлое. Допустим, что в предыдущем примере психотерапевт сказал бы не «Наверное, какие-то другие люди в вашей жизни производят на вас такое же впечатление», а «Если у вас возникло такое впечатление здесь, по-видимому, бывают другие ситуации, в которых вы реагировали точно так же, без каких-либо объективных причин». Пациентка тогда могла бы завести разговор о ее сегодняшних отношениях с мужчинами, постепенно осознавая свою склонность неоправданно чувствовать себя неполноценной, так же как в отношениях с психотерапевтом.

В последнем варианте пациентка получила бы возможность осознать, *как* она искажает свой нынешний межличностный опыт, тогда как в первом случае, при поиске истоков переноса в прошлом, она получила бы возможность понять не только как, но и *почему* она склонна неправильно воспринимать отношение других людей. Выбор между направленностью на прошлое и направленностью на настоящее зависит от содержания беседы и интенсивности психотерапии. Что касается содержания беседы, пациентка может быть более готова к осознанию либо переживаний прошлого, либо переживаний настоящего. Если бы пациентка рассказывала о своем детстве, описывая, к примеру, членов семьи, но пропустила бы отца, интерпретацию реакции переноса было бы целесообразно направить на ее ранний опыт общения с людьми, ожидая при этом актуализации вытесненных чувств к отцу. Если бы, с другой стороны, пациентка вообще не упоминала бы о своем детстве, а подробно рассказывала бы о своих нынешних межличностных затруднениях, имело бы смысл напрямую связать перенос с ситуациями из настоящего.

Говоря об интенсивности психотерапии, следует помнить о том, что пациенту обычно труднее осознать истоки переноса, чем его влияние на нынешнее поведение. Поэтому при раскрывающей психотерапии необходимо не только выявлять роль переноса в настоящем, но и отслеживать его корни, тогда как при поддерживающей психотерапии при интерпретировании следует ограничиваться текущими событиями.

Тем не менее, планируя свои действия, психотерапевт должен отдавать себе отчет в том, что иногда достаточно связать реакцию переноса с актуальными межличностными отношениями пациента, вне зависимости от его желания и способности осмыслить истоки своих межличностных установок. Иногда просто осознав в процессе анализа переноса, что он искаженно воспринимает других людей, пациент может привести свои взгляды в большее соответствие с реальностью и тем самым разрешить проблемы, заставившие его обратиться к психотерапевту. Психотерапевт должен быть готов признать ценность этого достижения и не убеждать пациента в том, что все причины его проблем кроются в его раннем опыте. Если цели психотерапии, то есть желаемые изменения в поведении и отношении к самому себе, достигаются при анализе реакций переноса в контексте настоящего времени, настаивать на историческом объяснении их истоков нет особого смысла. Такое понимание интерпретирования переноса, несомненно, влияет на выбор момента завершения психотерапии, о чем будет сказано в главе 12 после обсуждения в главе 11 психотерапевтических отношений с позиции психотерапевта.

Примечания

1 Следует отметить, что клиницисты трактуют перенос по-разному. Однако большинство динамически ориентированных психотерапевтов понимают реакции переноса как часть любых межличностных отношений, хотя они наиболее выражены и интенсивны в психотерапевтической ситуации. Подобные беспочвенные реакции можно и необходимо отличать от реальных аспектов психотерапевтических отношений (Blanck & Blanck, 1994, chapter 17; Gelso & Carter, 1994; Greenson & Wexler, 1969; Luborsky, Barber, & Crits-Christoph, 1990; Oremland, 1991, chapter 3; L. Stone, 1995). Описание развития и современного положения концепции переноса можно также найти в работах следующих авторов: Abend, 1993; A. Cooper, 1987a; Macalpine, 1950; Panken, 1996.

2 Как отмечает Элман (Ellman, 1991, p. 47–48), понятие рабочего альянса (хотя оно не упоминается в работах Фрейда) является развитием того, что Фрейд назвал «приемлемой» частью переноса и рассматривал как позитивное отношение пациента к сотрудничеству с психотерапевтом. В основе современных представлений о функционировании рабочего альянса как неотъемлемой части отношений между пациентом и психотерапевтом лежат разработки следующих авторов: Bibring, 1954; Zetzel, 1956; Greenson, 1956b, 1967, p. 190–216; Bordin, 1979.

3 Помимо позитивного отношения к сотрудничеству с психотерапевтом, Фрейд (Freud, 1912/1958b) включал в понятие «приемлемого переноса» и позитивные чувства к психотерапевту, поскольку они, скорее, облегчают, чем затрудняют психотерапевтическую работу. Однако, строго говоря, имеющие объективные основания чувства не являются переносом, так как не подразумевают искаженное восприятие психотерапевта или приписывание ему качеств, которыми он не обладает.

4 Предложенное Салливаном понятие «паратаксическое искажение» и значение этого искажения для переноса прекрасно изложено Сингером (Singer, 1965, p. 258–264). Понимание переноса как универсального феномена, а не как специфической особенности психотерапевтической ситуации и представление о переносе как об отражении установок человека по отношению к другим людям в целом, а не только к конкретным лицам, берет начало в работах Салливана.

5 Как отмечает целый ряд авторов, позиция психотерапевта «чистый экран» существенно отличается от сочувственной, доброжелательной манеры, которая отличала взаимодействие самого Фрейда со своими пациентами (Blanton, 1971; Gay, 1988; Lipton, 1977; Wortis, 1954).

6 Отношения психотерапевта со своими пациентами, в частности определение необходимой меры реальности в этих отношениях, могут осложняться обстоятельствами, не позволяющими избежать двойственности или даже множественности отношений с пациентом. Осложняющими психотерапевтическую работу отношениями можно считать случайные встречи с пациентом в социальных или деловых ситуациях, требующих от психотерапевта «реального» поведения, и ежедневные контакты, когда психотерапевт практикует в небольшом населенном пункте, где неизбежно сталкивается с пациентами вне психотерапевтических сеансов и не может скрыть от них свою личную жизнь. Сущность ролевых конфликтов, возникающих в этих обстоятельствах, и рекомендации по их конструктивному (с точки зрения профессиональной этики и психотерапевтической пользы) преодолению, рассматривают следующие авторы: Borys & Pope, 1989; Faulkner & Faulkner, 1997; Gody, 1996; Schank & Skovholt, 1997.

7 Ценность понятия невроза переноса ограничивается отсутствием более четких критериев для определения существования этого невроза. Тем не менее термин «невроз переноса» обычно используют как синоним интенсивной реакции переноса, а формирование интенсивного переноса часто рассматривается как феномен, отличающий психоанализ от других форм динамически ориентированной психотерапии. Обсуждение психоаналитических представлений о развитии невроза переноса и о его роли в психотерапевтическом процессе можно найти у следующих авторов: A. Cooper, 1987b; Little, 1981; Reed, 1994; Wallerstein, 1995, chapter 14.

8 Подробное рассмотрение этих противоположных личностных типов и различий между ними, касающихся эмоциональных проявлений в межличностных отношениях, предлагают S. Johnson, 1994; Millon, 1996; Shapiro, 1989; M. Stone, 1993. Полезную информацию по этому вопросу можно почерпнуть также из работ Horowitz, 1991; Mueller & Aniskiewicz, 1986; Salzman, 1968.

9 Изложение концепции психоза переноса, его возникновения и разрешения, дополненное случаями из практики, предлагают Little, 1981 и Wallerstein, 1967. Подробное описание пограничного состояния личности, включая и свойственную этому состоянию тенденцию к интенсивному переносу, дают

следующие авторы: Chessick, 1983; Goldstein, 1996; Kernberg, 1967; Kernberg et al., 1989; Rockland, 1992.

10 Исследовательские данные, подтверждающие эффективность и благотворное воздействие продуманных интерпретаций переноса, предлагают Joyce & Piper, 1993; Luborsky et al., 1990; Piper, McCallum, Azim, & Joyce, 1993. По мнению Страппа (Strupp, 1996a), главный урок, который необходимо извлечь из исследований и практики в области психотерапии — это важность грамотного поведения психотерапевта в отношениях с пациентом.

11 Не все психотерапевты согласны с тем, что интерпретации переноса должны совпадать с существенными проявлениями сопротивления. Джилл (Gill, 1982), к примеру, предлагает интерпретировать сопротивление в словах и поступках пациента при любой возможности, начиная с первых этапов психотерапии, даже если сопротивление еще не выражено достаточно ясно. Частично под влиянием упомянутого выше автора Кернберг отмечает (Kernberg, 1993), что в современной практике динамически ориентированной психотерапии интерпретированию проявлений переноса уделяется больше внимания и оно осуществляется раньше, чем это традиционно рекомендовалось. Тем не менее представленный в этой книге взгляд находит широкую поддержку среди специалистов: интерпретации переноса наиболее эффективны при сопротивлении, достигшем значительных масштабов, а ранние интерпретации переноса не должны быть слишком глубокими, поскольку их задача — привлечь внимание к психотерапевтическим отношениям, а не раскрыть глубоко затаенные чувства пациента (см. Levy, 1990, chapter 5).

Глава 11

Психотерапевтические отношения: противоперенос

В психотерапии противоперенос понимается как неадекватная или иррациональная реакция психотерапевта на поведение пациента. Реакции противопереноса аналогичны реакциям переноса наоборот, то есть представляют собой смещение психотерапевтом мыслей, чувств и побуждений, объективно не оправданных словами и поступками пациента, на самого пациента.

Противоперенос, как и перенос, изначально рассматривался только как препятствие для психотерапевтической работы. Фрейд (Freud, 1910b/1957a, p. 145) советовал психотерапевтам «осознавать свой противоперенос и преодолевать его», поскольку «ни один психоаналитик не продвинется дальше, чем позволяют его собственные комплексы и внутреннее сопротивление». Однако практика показала, что реакции противопереноса иногда могут принести пользу, позволяя психотерапевту узнать что-то новое о себе и о скрытых установках и чувствах пациента. Как и перенос, противоперенос переплетается с реальными аспектами психотерапевтических отношений и с рабочим альянсом между психотерапевтом и пациентом. Кроме того, аналогично переносу, при рассмотрении процесса формирования и проявления противопереноса необходимо различать общие и специфические реакции, а также оценивать эти реакции по интенсивности, эмоциональному тону и степени открытости их проявлений[1].

Сущность и контроль реакций противопереноса

Практически все из сказанного в главе 10 о неадаптивных, иррациональных реакциях пациента на психотерапевта (о переносе) можно с полным правом отнести и к неадекватным, иррациональным реакциям психотерапевта на пациента (к противопереносу), поскольку реакции противопереноса зеркально отражают реакции переноса. В изложенном ниже материале проблема сущности и контроля реакций

переноса рассматривается в контексте противопереноса, без рассмотрения всех параллелей между этими феноменами.

Противоперенос, реальность и рабочий альянс

Понимание противопереноса как *неадекватной*, *иррациональной* реакции психотерапевта на поведение пациента подразумевает, что психотерапевтические отношения сложны и многогранны, независимо от того, с какой точки зрения они рассматриваются — с позиции пациента или с позиции психотерапевта. Хотя некоторые клиницисты утверждают, что все чувства психотерапевта к пациенту представляют собой противоперенос, в большинстве случаев более правильно и продуктивно учитывать отличие противопереноса и от реалистичных реакций на поведение пациента, и от отношений в рамках рабочего альянса (см. Blum & Goodman, 1995)[2].

Реальные отношения

Как и любой человек, психотерапевт придерживается определенных убеждений и ориентируется на определенные ценности. Он может испытывать личную неприязнь к пациентам с экстремистскими расистскими взглядами или гнев — к пациентам, жестоко обращающимся с детьми. Психотерапевт может сочувствовать пациенту, потерпевшему финансовый крах, больше, чем пациенту, разочаровавшемуся в любви, или наоборот. Он может находить одних пациентов физически привлекательными, восхищаться талантами и достоинствами других, считать, что с некоторыми из них ему было бы приятно общаться и вне психотерапии.

Такие реакции, обусловленные соответствием индивидуальных особенностей или поведения пациента ценностным приоритетам психотерапевта, вполне объективны. В отличие от противопереноса, они не связаны с искаженным восприятием пациента, его незаслуженным одобрением или порицанием. Несмотря на то что исследование этих реальных реакций почти ничего не дает, психотерапевт должен осознавать их, чтобы предотвратить подрыв отношений рабочего альянса. Если объективно оправданные реакции значительно снижают эффективность работы психотерапевта (например, в случае, когда ему трудно преодолеть свое презрение к пациенту как к человеку), следует серьезно рассмотреть возможность направления пациента к другому психотерапевту[3].

Неизбежны и объективные реакции на определенное поведение пациента во время психотерапевтических сеансов, особенно на проявления переноса. Психотерапевта может раздражать пациент, наследивший на полу в кабинете; ему могут быть приятны комплименты в свой адрес, выражающие восхищение его проницательностью; он может обижаться на обвинения в непонимании, получать профессиональное удовлетворение от успехов пациента, его могут обескураживать тупиковые ситуации, возникающие в процессе лечения. Такие реакции могут перерасти в противоперенос, но они могут также остаться на уровне реальных отношений между психотерапевтом и пациентом, если чувства психотерапевта будут адекватны по качеству и интенсивности поведению пациента.

Дополняя последнее предложение, следует сказать, что психотерапевта может небезосновательно раздражать испачканный пол в кабинете; если же он приходит

в ярость, его реакция, вероятно, отражает противоперенос. Психотерапевту могут объективно нравиться комплименты и не нравиться критические замечания; однако психотерапевт, который испытывает восторг от похвалы пациента и отчаивается из-за его недовольства, переживает противоперенос. Психотерапевт может обоснованно радоваться успехам пациента в процессе психотерапии и огорчаться из-за неудач; однако если его настроение целиком зависит от течения психотерапии, он переживает противоперенос. Вайзман (Weisman, 1991, p. 118), характеризуя границу между реальностью и противопереносом, отмечает, что, скорее всего, реакция на пациента искажается противопереносом в том случае, «когда оказывается, что мы испытываем гнев, ожесточение, удовлетворение, сильную фрустрацию или как-либо иначе навязываем свои представления».

Психотерапевт не только эмоционально реагирует на объективные особенности пациента, но и (как описано в главе 10) влияет или реагирует на определенные аспекты реального отношения к себе со стороны пациента. Он говорит «здравствуйте» и «до свидания», отвечает на поздравление с Новым годом, улыбается, слыша рассказ о забавном случае, и выражает сочувствие, если в жизни пациента происходят трагические события. При соответствующем контроле эти проявления человечности поддерживают веру пациента в желание и возможность психотерапевта оказать помощь; кроме того, они отличают реальные отношения между психотерапевтом и пациентом от противопереноса и рабочего альянса.

Рабочий альянс

С позиции психотерапевта, рабочий альянс — это его чувства и поведение по отношению к пациенту как функция исполнения психотерапевтического контракта. Задача психотерапевта — помочь пациенту лучше понять самого себя, разрешить психологические затруднения и полнее реализовать свой личностный потенциал. Психотерапевт обязан уважать человеческое достоинство пациента и его право быть самим собой, даже если пытается помочь ему найти более эффективные, полноценные способы быть самим собой. Психотерапевт должен выслушивать пациента в относительно безоценочной манере, отвечать, руководствуясь преимущественно целью расширить сферу самопонимания пациента, и воздерживаться от использования психотерапевтических отношений как средства удовлетворения собственных потребностей.

Такое поведение психотерапевта, рациональное и адекватное, не является противопереносом. Тем не менее для психотерапевта рабочий альянс представляет собой реальные отношения не более чем для пациента. В отличие от реальных межличностных отношений, в которых присутствует известная доля естественности и удовлетворения потребностей обеих сторон, рабочий альянс подразумевает асимметричные отношения и определенные принципы общения. Сдерживая свои личные чувства, не давая оценок, удовлетворяя только профессиональные потребности, отвечая на обращенные к себе реплики интерпретированием, устанавливая график встреч и поддерживая отношение ровно столько, сколько это необходимо для пациента, психотерапевт ведет себя сообразно целям и задачам психотерапии, а не так, как он ведет себя в обычных межличностных ситуациях.

Противоперенос

Направленные на пациента чувства или действия, которые выходят за рамки как реальных отношений, обусловленных объективными обстоятельствами, так и за рамки рабочего альянса, отражающего условия психотерапевтического контракта, представляют собой проявления противопереноса. При противопереносе у психотерапевта больше возможностей, чем при реальных отношениях и в рабочем альянсе, для того чтобы лучше понять себя и людей, которым он пытается помочь. Хотя в реальных отношениях и в рабочем альянсе психотерапевт должен занимать взвешенную позицию, чтобы контролировать первое и поддерживать второе, ни реальные отношения, ни рабочий альянс не дадут ему дополнительную информацию, помимо той, которая ясно выражена в содержании психотерапии. С другой стороны, поскольку противоперенос — это неадекватная, иррациональная реакция психотерапевта на пациента, он часто оказывается единственным ключом к некоторым скрытым мотивам и переживаниям и психотерапевта, и пациента.

Сначала бывает трудно понять, как искажения в восприятии психотерапевтом пациента могут дать информацию о личности последнего. Но противоперенос, как и перенос, всегда имеет определенное объективное основание, над которым надстраивается комплекс иррациональных чувств или установок. Пациент, замечающий, как психотерапевт подавил зевок, и обвиняющий его на этом основании в равнодушии, реагирует на ситуацию излишне эмоционально (перенос), однако, в конечном счете, поведение, которое наблюдал пациент, в действительности обычно свидетельствует о скуке или безразличии (реальность). Точно так же поиск объективных особенностей поведения пациента, вызвавших реакцию противопереноса, нередко приводит к обнаружению ранее не замеченных аспектов его личности.

Допустим, во время сеанса на психотерапевта нападает сонливость, несмотря на то что он выспался и общается с разговорчивым пациентом. Поскольку для сонливости нет никаких объективных причин, а рабочий альянс требует постоянного напряжения внимания, ослабление интереса к словам пациента иррационально и неадекватно, то есть является реакцией противопереноса. Но почему же психотерапевт рассеян и что мог такого сделать пациент, что интерес к его словам со стороны психотерапевта вдруг угас? Возможно, пациент, несмотря на разговорчивость, фактически ходит вокруг да около важных для психотерапевтической работы проблем, но не говорит о них напрямую. Если это так, трудность психотерапевта в сосредоточении внимания может служить ключом к этому сопротивлению.

Аналогично этому, определенный пациент может вызывать у психотерапевта раздражение, не оправданное объективными обстоятельствами и противоречащее безоценочной позиции, предписываемой психотерапевту. Почему возникла такая сильная досада и что именно раздражает психотерапевта в поведении пациента? Возможно, у пациента есть неосознаваемый мотив провоцировать раздражение? Возможно, это проявление сопротивления, неосознанная цель которого — прервать психотерапию, спровоцировав психотерапевта на отказ от работы, или у пациента есть мазохистические потребности, которые он пытается удовлетворить, заставляя психотерапевта принимать жесткие меры? Задавая такие вопросы и рассматривая такие возможности, психотерапевт начинает использовать свои реак-

ции противопереноса для выявления потребностей и побуждений, не выраженных пациентом.

Контролирование противопереноса

Как отмечалось в главе 10, важнейшей задачей психотерапевта является обеспечение переноса, то есть психотерапевту необходимо строго дозировать самораскрытие с целью повышения информативности реакций пациента на психотерапевта. Однако при противопереносе такое ограничение невозможно и нежелательно. Психотерапевт должен узнать о пациенте как можно больше, а не оставаться в неведении, чтобы получить абсолютно субъективное впечатление. Чем успешнее он будет выполнять эту задачу, выявляя истинные чувства и установки пациента, тем меньше будет риск искаженного восприятия этих чувств и установок под влиянием противопереноса.

Хотя психотерапевту не нужно специально обеспечивать противоперенос, ему все-таки необходимо препятствовать негативному влиянию противопереноса на рабочий альянс, точно так же как пациенту необходимо предотвращать нарушения рабочего альянса под влиянием переноса. Чтобы контролировать реакции противопереноса, психотерапевт должен иметь возможность их осознать и исключить любое нежелательное воздействие этих реакций на процесс психотерапии[4].

Предположим, психотерапевт испытывает необычное сочувствие к пациенту или потребность его опекать и поэтому завершает сеанс на несколько минут позже. Допустим также, что выделение дополнительного времени было вызвано не кризисом или какими-либо чрезвычайными событиями в жизни пациента, а просто просьбой пациента или особой заинтересованностью психотерапевта, мешающей ему прервать сеанс. В такой ситуации психотерапевт, скорее всего, испытывает позитивный противоперенос, который он должен незамедлительно взять под контроль, вернувшись к условленной продолжительности сеанса. Опрометчиво позволяя себе уделять пациенту больше времени и внимания, чем того требует психотерапевтический контракт или некие чрезвычайные обстоятельства, психотерапевт рискует вселить в пациента необоснованные позитивные ожидания от отношений с психотерапевтом и тем самым затруднить разрешение переноса.

Еще один пример контроля над противопереносом: пациент во время психотерапевтического сеанса упоминает о своих тревогах, которые ранее уже служили предметом нескольких подробных интерпретационных рассуждений. Пациент говорит: «Не имею ни малейшего представления, с чем это связать», а психотерапевт раздраженно замечает: «Мы уже сто раз с вами это обсуждали; у меня складывается впечатление, что вы ничего не выносите из нашей совместной работы». Хотя поведение пациента в этом случае может действительно отражать сопротивление или даже неспособность извлечь пользу из раскрывающей психотерапии, это не оправдывает таких нападок со стороны психотерапевта. Психотерапевт может действительно испытывать разочарование и фрустрацию, но гнев здесь неуместен; его следует рассматривать как проявление противопереноса и не выражать ни в словах, ни в тоне. В противном случае психотерапевт рискует своим ответом удовлетворить собственные нужды в ущерб психотерапевтической задаче оказать помощь пациенту в понимании самого себя.

Таким образом, при психотерапии противоперенос важен не только потому, что психотерапевт может почерпнуть из него ценную информацию, но и потому, что осознание и контролирование противопереноса является обязательным условием поддержания конструктивного рабочего альянса и создания необходимой для пациента психотерапевтической атмосферы. Однако психотерапевт, стремясь ограничить выражение реакций противопереноса, не должен подавлять адекватные реакции, возникающие в контексте реальных отношений. Как отмечалось в главах 9 и 10, если психотерапевт будет жестко ограничивать личные комментарии и реакции, он не сможет проявить свою человечность, а это существенно для поддержания реальных отношений; полное же подавление свободы реакций на пациента ставит барьер между психотерапией и реальной жизнью, что не идет на пользу ни пациенту, ни психотерапевту.

Истоки и проявления противопереноса

Противоперенос является результатом аффективно-заряженного столкновения личностных качеств и поведения пациента, с одной стороны, и скрытых потребностей и переживаний психотерапевта — с другой. В зависимости от характера этого взаимодействия реакции противопереноса могут быть общими или специфическими, позитивными или негативными по эмоциональному тону, выраженными открыто или косвенно.

Общие и специфические реакции противопереноса

Все психотерапевты предрасположены к реакциям противопереноса, в основе которых лежат потребности и установки, свойственные их межличностным отношениям. Например, психотерапевта, испытывающего стойкую потребность кого-либо опекать, могут привлекать пациенты, склонные к зависимости, и отталкивать пациенты, опасающиеся ее. Психотерапевта с вуайеристическими потребностями может особенно интересовать работа с пациентами, не скрывающими подробности своей интимной жизни. Психотерапевт, имеющий неразрешенные проблемы с авторитетами, проводя психотерапию с высокомерным, властным пациентом, может быть более раздражителен и строг, чем при общении со скромным и уважительным.

Такое взаимодействие между личностными особенностями психотерапевта и пациента называется общим противопереносом и существенно затрудняет ход психотерапии. Психотерапевт, склонный к опеке и не контролирующий противоперенос, может окружить зависимого пациента чрезмерной заботой, интерпретируя меньше, чем могло бы пойти на пользу лечению. Психотерапевт с вуайеристическими тенденциями может углубляться в ненужные подробности рассказов пациента, удовлетворяя собственное любопытство, но не помогая при этом пациенту лучше понять самого себя. А психотерапевт, имеющий неразрешенный конфликт с авторитетами, будет не столько помогать пациенту разобраться в причинах своего властного поведения, сколько реагировать на него досадой и раздражением.

Осознавая и контролируя любое подобное влияние своих личностных особенностей на выполнение профессиональных обязанностей, психотерапевт может

предотвратить негативное воздействие противопереноса на эффективность психотерапии. Кроме того, столкнувшись на ранних этапах психотерапии с пациентами, по отношению к которым общие реакции противопереноса вполне могут выйти из-под контроля, психотерапевт может научиться лучше распознавать тех, с кем ему следует проводить психотерапию, а кого лучше направить к одному из своих коллег. Практически любое стойкое личностное качество психотерапевта может стать почвой для противопереноса при определенном складе личности пациента. Возникновению противопереноса могут также способствовать такие характеристики пациента, как возраст, пол, социально-экономический статус, внешний вид, манера поведения и даже то, насколько успешно идет работа с данным пациентом. Чем лучше психотерапевт понимает себя и чем больше у него опыта в работе с разными категориями пациентов, тем точнее он предугадывает противоперенос и контролирует его[5].

Специфические реакции противопереноса включают в себя неадекватные, неоправданные мысли, чувства или действия, направленные на пациента в ответ на какие-либо его слова или поступки, затрагивающие проблемы, которые существовали или существуют в жизни психотерапевта. Например, психотерапевт, неуверенный в своей способности противостоять или эффективно взаимодействовать с авторитетными лицами, может испытать тревогу, слушая рассказ пациента о конфликтах с суровым начальником; а психотерапевт, столкнувшийся с проблемами в супружеской жизни, не сможет хладнокровно отнестись к рассказу пациента о его семейных трудностях.

Если подобные реакции противопереноса не осознаются и не контролируются, психотерапевт в определенной ситуации будет неизбежно проецировать свои недостатки и неприятности на пациента, испытывая к нему неприязнь из-за его неспособности более эффективно справляться с какой-либо проблемой. Психотерапевт может рассердиться на пациента за то, что тот затронул неприятную тему; он может повести себя так, что лишит пациента желания или возможности продолжать обсуждение темы, провоцирующей тревогу (например, сменить тему или высказать предположение, что пациент сопротивляется разговору о чем-то другом). Иногда противоперенос заставляет психотерапевта переоценивать пациента, например благоволить к тем, кто не причиняет психологический дискомфорт; или поощрять пациента к более подробному, чем того требуют задачи психотерапии, рассмотрению какой-то темы. Таким образом, под влиянием специфического противопереноса мысли, чувства и действия психотерапевта, направленные на пациента, служат в основном цели самозащиты или удовлетворения личных потребностей, а не понимания пациента или оказания ему помощи.

Специфические реакции противопереноса, как правило, непродолжительны, то есть возникают с началом и исчезают с завершением разговора на спровоцировавшие их темы. Поэтому их последствия менее стойки, чем последствия общих реакций противопереноса; кроме того, они предъявляют менее жесткие требования к отбору пациентов, с которыми психотерапевт сможет эффективно работать. В то же время очевидно, что отслеживание и контроль не только общих, но и специфических реакций противопереноса необходимо для поддержания рабочего альянса при выявлении проблем, лично затрагивающих психотерапевта.

Позитивный и негативный противоперенос

Реакции противопереноса всегда эмоционально окрашены или позитивно, или негативно, в результате чего пациент предстает для психотерапевта либо в выгодном, либо в невыгодном свете. Однако, как и в случае с позитивным и негативным переносом, под позитивным и негативным противопереносом подразумевается лишь преобладание тех или иных установок в реакциях психотерапевта на пациента, а не наличие двух разных типов реакций. Как и реакции переноса, все реакции противопереноса, по существу, негативны, поскольку искажают реальность и отвлекают психотерапевта от его основной задачи — помочь пациенту в развитии самосознания. Сингер (Singer, 1965, p. 295) так описывает общность позитивного и негативного переноса-противопереноса: «Искажение, вне зависимости от того, возникает оно у пациента или психотерапевта и вне зависимости от формы его выражения — иррациональное восхищение или иррациональная неприязнь — является неизбежно негативным и патологическим в том смысле, что оно свидетельствует о слабом самосознании и одновременно наносит вред другому человеку».

Тем не менее дифференцирование преобладающего эмоционального тона реакций противопереноса может облегчить его контроль, в частности потому, что неадекватно позитивные или негативные чувства к пациенту влекут за собой разные типы ошибок психотерапевта. Психотерапевт под влиянием позитивного противопереноса может быть чрезмерно опекающим, избегать интерпретирования, затягивать сеансы или весь курс лечения или как-то иначе потакать пациенту. Под влиянием негативного противопереноса психотерапевт может проявлять властность, холодность, засыпать пациента интерпретациями, особенно интерпретациями сопротивления и переноса, слишком легкомысленно подходить к опозданиям и к пропуску сеансов, пользоваться любым случаем, чтобы завершить психотерапию.

Чем более чутко психотерапевт реагирует на эти и другие типичные проявления позитивного и негативного противопереноса, тем лучше он их предвидит и ликвидирует их последствия. Таким образом, психотерапевт, осознающий, что его собственные потребности заставляют испытывать к пациенту позитивные чувства, сразу должен стараться не проявлять чрезмерную заботу и не пытаться угождать пациенту так, чтобы это мешало оказанию реальной помощи; и наоборот, психотерапевт, осознающий негативные чувства к пациенту, должен следить за собой, чтобы не быть слишком холодным и отстраненным, а также не использовать интерпретации как средство проявления гнева.

Прямое и косвенное выражение противопереноса

Реакции противопереноса различаются по уровню открытости их выражения и, соответственно, по степени очевидности их значения. Наиболее открыто противоперенос проявляется в осознанных чувствах к пациенту: в любви, ненависти, гневе, ревности, отвращении, сексуальном влечении, восхищении, родительской нежности и т. п. Противоперенос, лежащий в основе таких сильных чувств, очевиден, если, конечно, психотерапевт не рассматривает их по ошибке как естественную часть реальных отношений. Психотерапевтическое взаимодействие — асим-

метричное, ограниченное максимум несколькими часами в неделю и происходящее в рамках определенного ролевого поведения — не дает ни пациенту, ни психотерапевту того опыта, который мог бы послужить причиной возникновения искаженных или очень сильных чувств одного участника к другому. Пациент и психотерапевт не знают друг друга по-настоящему, и любую стойкую привязанность или неприязнь следует рассматривать как перенос, если эти чувства испытывает пациент, или как противоперенос, если их испытывает психотерапевт.

Этот момент заслуживает особого внимания, поскольку даже опытный психотерапевт может впасть в заблуждение, принимая свою любовь или нелюбовь к пациенту за объективно обоснованные чувства. Однако фактически, каким бы прекрасным или отвратительным ни казался пациент другим людям, в своих отношениях с психотерапевтом таковым он быть не может. Короткое время, проводимое с психотерапевтом и потраченное на психотерапевтическую работу, не позволяет пациенту повлиять на жизнь психотерапевта настолько, чтобы тот мог считать его «прекрасным» или «отвратительным». Таким образом, поскольку компонента реальности в психотерапевтических отношениях недостаточно, чтобы у психотерапевта возникли стойкие позитивные или негативные чувства к пациенту, истоки этих чувств следует искать в противопереносе, как бы ни был велик соблазн объяснять их как-то иначе.

К несколько менее открытым, но также довольно очевидным проявлениям противопереноса можно отнести чувства или фантазии, в которых подразумеваются, но явно не выражаются позитивные или негативные чувства психотерапевта к пациенту. Сновидения о пациенте — ясное доказательство того, что пациент произвел на психотерапевта большее впечатление, чем того следовало ожидать при реальных отношениях или в рабочем альянсе. Правильно истолкованные сны о пациенте помогают психотерапевту многое узнать о своем противопереносе; не менее ценны в этом плане фантазии о пациенте во время сеансов или после них.

Противоперенос может также проявляться в завуалированной форме — как позитивное или негативное отношение к психотерапии. Например, психотерапевт может ощущать возрастание или ослабление интереса к работе с определенным пациентом, с нетерпением или досадой ожидать встречи с пациентом, испытывать после сеанса с пациентом дискомфорт, подавленность, эмоциональный подъем или облегчение. Аналогично этому, косвенным, но заметным проявлением противопереноса, как отмечалось ранее, можно считать удовольствие от похвал пациента за чуткость и приносимую пользу и глубокое огорчение из-за обвинений в некомпетентности и недобросовестности. За исключением удовлетворения или удрученности в ответ на профессиональные успехи и промахи, стойкие позитивные или негативные реакции психотерапевта на оценку пациентом его деятельности свидетельствуют об особом значении, которое он придает мнению пациента о себе.

Следующий и менее очевидный тип выражения противопереноса — действия психотерапевта, которые не сопровождаются какими-либо чувствами или установками по отношению к пациенту, но при ближайшем рассмотрении оказываются производными от подобных чувств и установок. Например, психотерапевт с негативным противопереносом может недобросовестно выполнять свои обязанности по отношению к пациенту, «забывать» о назначенных встречах, неприлично

поздно предупреждать об отмене сеанса, забывать сказанное пациентом на предыдущем сеансе или проявлять рассеянность во время беседы с пациентом.

Противоперенос может едва заметно проявляться в процессе обсуждения пациента с коллегами. Обсуждение клинического случая может стать средством косвенного выражения отношения к пациенту, которое иначе никак не проявляется, хотя то, что психотерапевты делятся друг с другом своим опытом, способствует их профессиональному росту. Например, с удовольствием и воодушевлением рассказывая о своей работе с неким пациентом и, вероятно, испытывая позитивный противоперенос, психотерапевт может как бы говорить: «Посмотрите, какой у меня чудесный пациент, как многого он добился в процессе психотерапии и как профессионально я провожу психотерапию». Если противоперенос по эмоциональному тону преимущественно негативный, психотерапевт, наоборот, будет сосредоточиваться на трудностях в лечении, на силе сопротивления пациента или на «смехотворности» его проблем. Такие жалобы на пациента или высмеивание его жизненных перипетий в разговорах с коллегами заставляет подозревать наличие негативного противопереноса. Как правило, обсуждение психотерапевтами незавершенных клинических случаев может быть исключительно профессиональной дискуссией, проявлением стремления поделиться клиническим опытом, однако иногда в этом обсуждении присутствуют элементы противопереноса, в котором участники разговора должны отдавать себе отчет.

Самые явные проявления противопереноса — изменения в стратегии психотерапии, которые можно легко объяснить объективными причинами и таким образом упустить из виду — при отсутствии должного внимания — лежащий в их основе противоперенос. Например, уже говорилось, что психотерапевт может иногда без необходимости одобрять пациента или недостаточно его эмоционально поддерживать; может предлагать слишком мало интерпретаций, сформулированных в крайне гипотетической форме, или слишком много крайне категоричных интерпретаций; может преждевременно побудить пациента к рассмотрению возможности завершить психотерапию или наоборот, затягивать психотерапевтический курс. Кроме того, у психотерапевта могут периодически возникать сомнения в правильности разработанной стратегии лечения.

Рассуждая об этих и других вопросах, психотерапевт должен руководствоваться своим пониманием того, как проводить психотерапию максимально эффективно. Если же восприятие психотерапевтической ситуации искажается, выбор той или иной психотерапевтической процедуры осложняется. Действительно ли пациент готов к рассмотрению возможности завершения психотерапии, или психотерапевт, негативно реагируя на трудного пациента, спешит воспользоваться первой возможностью, чтобы избавиться от него таким образом? Действительно ли пациент предоставляет фактическую информацию, не требующую интерпретирования, или психотерапевт, надеясь заслужить признательность пациента, пропускает интерпретацию, которая могла бы вызвать тревогу или гнев?

Эти вопросы психотерапевт должен постоянно держать в уме, что поможет ему привести свое поведение в соответствие с нуждами пациента, а не с представлениями об этих нуждах, искаженными противопереносом. Отсутствие достаточных объективных оснований для определенных действий в психотерапевтической

ситуации должно наводить психотерапевта на мысль о наличии противопереноса и побуждать предпринимать меры, направленные на ослабление его влияния.

Осознание реакций противопереноса и использование их как источника информации

Первое и главное, что должен сделать психотерапевт, обнаружив противоперенос, — осознать его. Только осознание создает условия для контролирования его и извлечения из него ценной информации. Развивая свою восприимчивость к противопереносу, психотерапевт должен помнить о том, что реакции противопереноса будут возникать на каждого пациента, с которым он будет добросовестно работать. Более того, используя свои знания о себе самом и накопленный клинический опыт, психотерапевт должен научиться прогнозировать реакции противопереноса как на пациентов в целом, так и на определенный тип пациентов.

В связи со всем вышесказанным самосознание становится особенно важным для обеспечения эффективности усилий психотерапевта. Как отмечалось в главе 3, чтобы быть эффективным психотерапевтом, подготовленный специалист не обязан становиться образцом психологической адаптации с полным отсутствием невротических переживаний. Однако психотерапевт должен в достаточной мере осознавать свои личные тревоги и неразрешенные проблемы, чтобы не допускать их негативное воздействие на клиническую работу и использовать их при определении того, каким пациентам он может помочь, а каких следует направить к одному из коллег. Психотерапевт, к примеру, должен осознавать те свои личностные качества, которые уменьшают его эффективность при работе с пациентами определенного возраста, пола, социального класса, культурной принадлежности или личностного склада. Психотерапевт должен заранее знать, вызовет ли у него робость властный пациент, раздражение — нерешительный, удовольствие — крайне зависимый, восхищение — самостоятельный, повышенный интерес или неприязнь — сексуально соблазнительный, зависть или преклонение — высоко интеллектуальный и т. д.

Знание своих тенденций к общим и специфическим реакциям противопереноса, а также способов их выражение дает психотерапевту шанс распознать свои чувства и установки, не имеющие реальных оснований и неуместные в рабочем альянсе. Чем быстрее осознается противоперенос, тем более эффективными будут попытки психотерапевта предотвратить искажение образа пациента, неправильное толкование его поведения и другие действия, затрудняющие процесс психотерапии. Психотерапевт, к примеру, может более ответственно подходить к составлению графика встреч с пациентом, прилагать больше усилий для поддержания внимания, меньше интерпретировать, осторожнее относиться к возможности завершения психотерапии, то есть делать все необходимое, чтобы компенсировать свое поведение, которое, будучи продуктом противопереноса, служит личным потребностям, а не потребностям пациента.

Быстро распознавая реакции противопереноса, психотерапевт многое узнает о себе и о пациенте. Что касается общего противопереноса, психотерапевт не может не узнать о своих межличностных установках и типичных реакциях на опре-

деленных пациентов или на определенные проблемы пациентов. Клиницист, берущий на себя ответственность оказывать психотерапевтические услуги, должен достаточно хорошо себя знать, чтобы у него не было нужды рассматривать проведение психотерапии как средство личностного роста; психотерапия, в конечном счете, направлена на оказание помощи пациенту, а не психотерапевту.

С другой стороны, искренняя вовлеченность психотерапевта в качестве заинтересованного наблюдателя раскрывает широкие возможности более глубокого понимания самого себя. Отчасти по этой причине компетентность в области психотерапии приходит с опытом. Чем больше было у психотерапевта пациентов, тем больше он имел шансов выявить свои межличностные установки, отражающиеся на процессе проведения психотерапии, и узнать, работа с каким контингентом оказывается для него наиболее успешной.

С точки зрения специфических реакций противопереноса психотерапевт может использовать любые эпизоды тревоги, дискомфорта во время психотерапии, чтобы найти собственные неразрешенные конфликты. Психотерапевт, который, к примеру, чувствует замешательство или изменяет тему разговора, когда пациент рассказывает о неуверенности в себе или о сексуальной холодности, вероятно, испытывает затруднения в этих сферах. Как только что отмечалось, клиническая работа должна проводиться при достаточно полном осознании психотерапевтом своих внутренних конфликтов, которые могут негативно повлиять на процесс психотерапии. В то же время нельзя исключить вероятность того, что в ходе психотерапии будут затрагиваться конфликты, ранее не осознаваемые психотерапевтом; и то, что психотерапевт узнает о себе при анализе противопереноса, приведет к расширению его сферы самопонимания, прибавит ему профессионализма, даст возможность прогнозировать и контролировать подобные реакции в будущем.

Способность распознавать противоперенос помогает психотерапевту лучше понимать не только себя самого, но и пациента. Хотя многие клиницисты считают, что осознание и контроль противопереноса для эффективной психотерапии важнее, чем та роль, которую он играет в познании личности пациента, большинство специалистов разделяют представленный в этой книге взгляд: противоперенос может привлечь внимание психотерапевта к значимым невербализованным установкам и побуждениям пациента.

Для использования противопереноса в этих целях психотерапевт должен прежде всего понять причины своих неадекватных чувств или установок по отношению к пациенту, а затем попытаться найти в поведении пациента то, что вызывает определенные реакции противопереноса. Допустим, психотерапевт начинает испытывать беспокойство во время сеанса, на котором пациент рассказывает о значительных успехах, достигнутых им в ходе психотерапии; допустим также, что психотерапевт осознает свою привязанность к пациенту или удовольствие от общения с ним, которое делает для него завершение психотерапии неприятным событием. Хотя вполне очевидно, что пациент, с удовлетворением отмечающий реальные успехи в своем лечении, вероятно, обдумывает возможность его окончания, умение распознать противоперенос может помочь психотерапевту понять смысл этих высказываний пациента быстрее и яснее, особенно если у него сфор-

мировалась определенная привязанность к психотерапевтическим отношениям, не отвечающая интересам пациента.

Если же в словах или поступках пациента не так легко найти подтекст, как в приведенном выше примере, привлечь внимание психотерапевта к этому подтексту может противоперенос. Допустим, пациент не делает и не говорит ничего такого, что можно было бы связать с мыслями о завершении психотерапии, однако психотерапевт все же испытывает некоторое беспокойство, предчувствуя разрыв психотерапевтических отношений. В этом случае у психотерапевта будут основания хотя бы вынести этот вопрос на обсуждение: «Задумываетесь ли вы о том, как долго мы будем вместе работать?» Заметив под влиянием противопереноса скрытые установки и побуждения пациента, психотерапевт начинает осознавать и другие, ранее ускользнувшие от его внимания признаки подобных установок и побуждений в поведении пациента. Если рассматривать тот же пример, надо отметить, что пациент, удовлетворенный результатами психотерапии, может с трудом подыскивать темы для обсуждения на психотерапевтических сеансах, практически не нуждаться в помощи при их исследовании, не тревожиться из-за отмены сеансов. Хотя любое из этих обстоятельств должно сигнализировать психотерапевту, что пациент готов к обдумыванию завершения психотерапии, противоперенос может сделать их для психотерапевта не столь очевидными. Тогда лишь беспокойство, компенсирующее невосприимчивость психотерапевта к другим признакам, могло бы натолкнуть его на мысль о возможности окончания курса.

Таким образом, противоперенос можно сравнить со своеобразным барометром чувств и установок пациента, помогающим психотерапевту следить за развитием психотерапевтических отношений, когда другие показатели недоступны или ускользают от внимания. Однако противоперенос нельзя приравнивать к средству распознавания всех едва заметных признаков переживаний и мотивов пациента, которые при должной чуткости и знаниях обнаруживаются в психотерапевтических отношениях. Такое понимание противопереноса сделало бы его тождественным эмпатии и лишило бы его уникального значения[6].

В качестве иллюстрации этого важного различия между противопереносом и эмпатией рассмотрим следующий пример: в больнице, беседуя с пациентом, страдающим серьезным психическим расстройством, психотерапевт внезапно ощущает безотчетный страх и подается назад, что спасает его от удара, направленного в челюсть. Или допустим, пациент рассказывает психотерапевту о своей неуклюжести, поскольку он на вечеринках то и дело проливает напитки, особенно когда разговаривает с женщинами, и у психотерапевта возникает ассоциация с преждевременной эякуляцией; впоследствии оказывается, что преждевременная эякуляция — это одна из проблем пациента, о которой он не решался говорить.

В этих примерах интуитивное понимание психотерапевтом пациента — результат эмпатии. Предугадывая удар со стороны первого пациента, психотерапевт ориентировался на ряд визуальных признаков: легкое сжимание челюстей или кулаков, изменение в выражении лица. Что бы ни вызвало предчувствия психотерапевта, он правильно воспринял побуждение пациента, поэтому страх и шаг назад были адекватными реакциями на ситуацию. Таким образом, поведение психоте-

рапевта, оправданное объективными обстоятельствами, не связанное с перцептивными искажениями под влиянием неких установок или неразрешенных конфликтов, представляет собой эмпатическое понимание, а не противоперенос.

Так же и во втором примере: проведение психотерапевтом параллели между разлитыми напитками и преждевременной эякуляцией, которое помогло выявить невысказанные переживания пациента, связано с точным, не искаженным восприятием и с тем, что психотерапевт использовал в целях психотерапии воображение, не зависящее от его собственных конфликтов. Вид восприимчивости, рассмотренный последним, то есть использование психотерапевтом собственных ассоциаций на тему сказанного пациентом для более глубокого понимания его проблем, подробно обсуждается в уже упоминавшейся ранее книге «Слушая третьим ухом» (Reik, 1948), где под третьим ухом подразумевается внутренний голос самого психотерапевта. Но если эмоциональные реакции психотерапевта адекватны реалиям психотерапевтической ситуации, внимание к нюансам в поведении пациента и «слушание третьим ухом» представляют собой проявления эмпатии, а не противопереноса.

Примечания

[1] Рассмотрение противопереноса как феномена, противоположного переносу, но такого же типичного и неизбежного для психотерапии, можно найти у следующих авторов: Giovacchini, 1989, chapter 2; Loewald, 1986; Renik, 1993; L. Stone, 1995.

[2] Более подробно прошлые и современные представления о противопереносе описаны следующими авторами: Abend, 1989; Gabbard, 1995; Gorkin, 1987, chapters 1–3; Racker, 1968; A. Reich, 1951, 1960; R. Tyson, 1986.

[3] Исследования подтверждают, что сильная личная неприязнь нередко приводит психотерапевта к неверному восприятию пациента, заставляя давать этому пациенту нелицеприятную клиническую характеристику и делая невозможной эматическую коммуникацию (Henry & Strupp, 1991; McClure & Hodge, 1987).

[4] Пауэлл (Powell, 1995) приводит клинические случаи, в которых неудачный результат психотерапии частично объяснялся противопереносом, негативно отражавшимся на поведении психотерапевта. В одном из исследований было доказано, что чем лучше психотерапевт осознает свои реакции противопереноса, тем меньше вероятность проявления противопереноса в форме снижения заинтересованности в лечении пациента (Robbins & Jolkovski, 1987).

[5] Рот (Roth, 1987, chapter 3) приводит удачные примеры того, как взаимодействие общих личностных качеств пациента с особенностями психотерапевта ведет к возникновению нежелательных реакций противопереноса. Многие авторы в этом плане уделяют особое внимание частоте, с которой пациенты, имеющие пограничные расстройства, вызывают такие сильные чувства, как гнев, враждебность и фрустрацию, плохо поддающиеся осознанию

и контролю (Brody & Farber, 1996; Gabbard & Wilkinson, 1994; Masterson, 1983). Что касается опыта психотерапевта, при опросе 336 психотерапевтов обнаружилось следующее: тех, кто еще проходил подготовку, сильные эмоциональные реакции на пациента беспокоили больше, чем тех, кто уже закончил ее (Brody & Farber, 1996).

6 О более узком понимании противопереноса, которое позволяет отграничить его от эмпатии, пишут следующие авторы: Glenn, 1992; Moore & Fine, 1990. Более подробно принципы реализации эмпатического понимания и реакций противопереноса в психотерапевтически ценном вмешательстве рассматривают Blum & Goodman, 1925; Levy, 1990, chapter 6; Tansery & Burke, 1989.

Часть IV

Заключительная фаза психотерапии

Глава 12

Завершение психотерапии

Наверное, только начальная фаза психотерапии превосходит заключительную по своему влиянию на эффективность психотерапии в целом. Главная психотерапевтическая работа происходит на средней фазе психотерапии, где осуществляется передача понимания через интерпретирование, и с этой целью используются феномены сопротивления, переноса и противопереноса. Однако необходимым условием для успешной работы служит способность психотерапевта сначала правильно оценить возможность пациента извлечь пользу из психотерапии, а затем воплотить в жизнь соответствующий психотерапевтический контракт. Точно так же процесс окончания психотерапии в значительной мере определяет то, продолжится ли самопознание, начатое на средней фазе, поможет ли оно пациенту в будущем, или останется мимолетным, интересным, но не имеющим существенного продолжения опытом.

Чтобы эффективно завершить психотерапию, психотерапевт должен выбрать подходящий момент и процедуры, которые позволят закрепить полученные в ходе психотерапии результаты. Нет каких-либо жестких критериев для выбора момента окончания психотерапевтической работы, и часто этот момент диктуют внешние обстоятельства. Однако при оценке своевременности завершения психотерапии следует руководствоваться некоторыми соображениями, касающимися продолжительности психотерапии; кроме того, существует ряд процедур, которые необходимо использовать при естественном и вынужденном завершении психотерапевтического курса.

Необходимая продолжительность психотерапии

Было бы наивно полагать, что психотерапия должна продолжаться до тех пор, пока не будут достигнуты ее цели. На практике же для пациента и психотерапевта цели психотерапии редко настолько определенны, что можно точно указать момент их достижения. Если изначально составленный психотерапевтический кон-

тракт был направлен на разрешение психологических проблем через развитие самопонимания, то в какой мере пациент должен разрешить свои проблемы и понять себя настолько, чтобы цели психотерапии можно было считать реализованными? Если в начале ставились такие специфические задачи, как избавление от симптомов страха или депрессии, улучшение межличностных отношений на работе или развитие способности контролировать определенные побуждения и эмоции, какова должна быть степень избавления от симптомов, улучшения состояния или повышения самоконтроля, чтобы отвечать задачам психотерапии? Даже если в начале психотерапии были поставлены четкие цели, момент достижения которых не оставляет сомнений (например, разрешение супружеских проблем или окончание колледжа), часто пациенты, обращающиеся к психотерапевту, с тем чтобы добиться таких ограниченных целей, во время психотерапии приходят к выводу о необходимости расширить сферу исследуемой проблематики. Поэтому им также трудно определить момент, когда, наконец, результаты психотерапии их удовлетворяют.

Может показаться, что эту неопределенность уменьшает стремление к абсолютному самопониманию, полному избавлению от симптомов, всесторонней самоактуализации и совершенному самоконтролю. Однако человеку трудно приблизиться к этому идеалу, существующему как абстрактная цель, к которой ведет потребность в реализации внутреннего потенциала и удовлетворенности межличностными отношениями. З. Фрейд (S. Freud, 1937/1964) в одной из своих последних работ — «Анализ конечный и бесконечный» — предостерегал: если психотерапевт будет продолжать лечение, пока пациент не «исцелится» или не достигнет состояния совершенного избавления от невротических переживаний, психотерапия не закончится никогда. Если подходить к этой проблеме более реалистично, продолжительность психотерапии можно считать достаточной, когда достигается «почти полное» (р. 219) избавление от симптомов, тревог и внутренних барьеров:

> Наша цель — не лишить человека его индивидуального своеобразия ради условной «нормальности»; мы не должны требовать от «полностью проанализированного» человека абсолютной бесстрастности, отсутствия каких-либо внутренних конфликтов. Задача анализа — обеспечить наилучшие психологические условия для функционирования эго (р. 250)

Иными словами, успешную психотерапию следует понимать как продвижение в направлении намеченных целей, а не обязательное достижение всех этих целей. Лечение, растянутое до тех пор, пока не будут достигнуты все цели, пожизненно «привязывает» пациента к психотерапии, а это отвечает его интересам лишь в исключительных обстоятельствах. Психотерапия, в конечном счете, — это нереальные отношения, при которых участникам предписываются неестественные и неравноценные роли (см. главы 10 и 11); и какую бы меру ответственности за проведение психотерапии ни брал на себя пациент, участие в ней всегда ставит его в зависимое, а не равное с психотерапевтом положение. Психотерапия — это средство, помогающее человеку жить более полной жизнью, однако сама по себе она не может стать образом жизни.

Тот факт, что психотерапевтическая работа не может быть выполнена до конца и что ее окончание, соответственно, происходит на каком-то этапе продвиже-

ния к ее целям, а не на этапе их достижения, не означает, что психотерапевт должен дискредитировать плоды своего труда или считать психотерапию бесполезной процедурой. Одно из наиболее важных достижений психотерапии — освоение пациентом метода самонаблюдения. С помощью психотерапии он не только приобретает некоторые знания о себе, навыки самоконтроля или избавление от симптоматики; он открывает новый взгляд на себя и обучается анализировать свое прошлое и настоящее с целью более эффективного поведения в будущем.

Приобретенные в ходе психотерапии навыки, особенно навыки самонаблюдения, позволяют пациенту продолжить движение в направлении психотерапевтических целей даже по окончании психотерапевтического курса. Интерпретации, достаточно глубоко проработанные в процессе психотерапии, продолжают прорабатываться по мере того, как пациент сталкивается с новыми ситуациями: интерпретации помогают ему понять и скорректировать свое поведение. Самоуважение, возросшее в ходе психотерапии, продолжает возрастать и после окончания психотерапии, если пациент ставит перед собой новые цели, которые можно реализовать благодаря достигнутому на психотерапевтических сеансах. Таким образом, психотерапия — это процесс, помогающий пациенту двигаться в направлении полноценной жизни даже после завершения отношений с психотерапевтом[1].

Завершение психотерапии нет нужды откладывать до того момента, когда психотерапевт почувствует уверенность в том, что пациент никогда больше не столкнется с трудностями, заставившими его обратиться за помощью. Несмотря на то что достижение значительных успехов на пути к более эффективной, полноценной жизни — одно из оснований для серьезного обдумывания возможности завершения психотерапии, вероятность возникновения новых или возвращения прежних психологических проблем не является противопоказанием для прекращения лечения. Полное исключение возможности психологических проблем недостижимо, как и любой идеал, а завершение психотерапии не следует воспринимать как свидетельство того, что пациенту больше никогда не потребуется помощь. В будущем непредвиденные обстоятельства в жизни пациента могут вызвать у него затруднения, для разрешения которых потребуется повторное обращение к психотерапевту или еще один курс психотерапии. Такие периоды дополнительной психотерапевтической помощи поддерживают оптимальное функционирование пациента и не должны рассматриваться как свидетельство неудачи предшествующего курса.

Какие-либо четкие критерии своевременного окончания психотерапии, отсутствуют, точно так же как отсутствуют и клинически достоверные, эмпирически подтвержденные принципы прогнозирования продолжительности психотерапии для конкретного пациента. Исследовательские данные однозначно указывают на то, что чем дольше пациент участвует в психотерапии и чем больше сеансов он посещает, тем больше пользы он извлекает из лечения. Эта зависимость между продолжительностью психотерапии и ее исходом не является линейной. Большинство пациентов, которым помогает психотерапия, начинают делать успехи с самых ранних ее этапов и достигают значительного результата в первые шесть месяцев психотерапевтического курса, затем следует период более медленного и незначительного улучшения состояния. Тем не менее имеющиеся данные свидетель-

ствуют о стойком улучшении после двух лет психотерапии и более. Кроме того, у пациентов, участвовавших в психотерапии более шести месяцев, улучшение в эмоциональном состоянии, в функционировании на работе и в социальных ситуациях, а также в межличностных отношениях более существенно, чем у пациентов, участвовавших в психотерапии менее шести месяцев (см. Lambert & Bergin, 1994; Orlinsky et al., 1994; Orlinsky & Howard, 1987; Seligman, 1995, 1996; Whiston & Sexton, 1993).

Как бы ни были ценны эти исследовательские данные, они говорят о психотерапии и пациентах в целом и никоим образом не свидетельствуют о том, что оптимальным в любых обстоятельствах является как можно более продолжительный психотерапевтический курс. В каждом конкретном случае психотерапевт должен учитывать некоторые факторы, определяющие необходимую длительность лечения. Кроме того, существуют определенные критерии минимума результата, при отсутствии которого задумываться о возможности завершения психотерапии нецелесообразно, несмотря на то что результат психотерапии должен оцениваться с позиции продвижения в направлении намеченных целей, а не их достижения.

Факторы, влияющие на продолжительность психотерапии

На продолжительность психотерапии в каждом конкретном случае обычно влияют три фактора, действующие внутри психотерапевтической ситуации:

а) глубина психотерапевтического вмешательства и интенсивность психотерапии;
б) ориентация и мастерство психотерапевта;
в) потребности и возможности пациента.

Глубина психотерапевтического вмешательства и интенсивность психотерапии

Суть раскрывающей психотерапии состоит в выявлении мыслей и чувств, не осознаваемых в полной мере пациентом и тесно связанных с проблемами, по поводу которых он обратился. Чем более интенсивна психотерапия, что измеряется частотой сеансов, тем больше обнаруживается таких мыслей и чувств и тем больше времени необходимо для их всестороннего рассмотрения. Кроме того, чем интенсивнее психотерапия, тем выше роль психотерапевтических отношений и тем больше времени необходимо для исследования и преодоления переноса. Как правило, чем более интенсивна психотерапия, тем больше на нее требуется времени[2]: любое увеличение частоты сеансов расширяет и углубляет рассмотрение проблем пациента, при этом, соответственно, возрастает интенсивность лечения.

Из этого правила существуют два исключения, связанные с поддерживающей психотерапией. Во-первых, при кризисном вмешательстве по психотерапевтическому плану могут проводиться очень частые встречи, но в течение короткого периода времени, пока не минует кризис. Например, с пациентом, имеющим ярко выраженные суицидальные тенденции, психотерапия может проводиться ежедневно, но в течение одной–двух недель, а затем, если риск суицида снизился, психотерапия завершается или изменяется график встреч. Во-вторых, в некоторых случаях поддерживающая психотерапия проводится при небольшой частоте сеан-

сов, довольно продолжительное время. Для пациентов с хроническими психологическими проблемами сеансы раз в неделю или раз в месяц в течение многих лет могут оказаться наиболее адекватным способом поддержания движения в направлении более эффективной жизнедеятельности или сохранения психологического равновесия на переходных этапах жизненного цикла. Тем не менее, за исключением этих двух ситуаций, связь между частотой психотерапевтических сеансов и необходимой продолжительностью лечения обычно довольно устойчива.

Ориентация и мастерство психотерапевта

Одни психотерапевты в своей работе придерживаются тех же взглядов, что и Роджерс (Rogers, 1951), считавший, что люди по природе своей гибки и способны изменить ход своей жизни даже при минимальном расширении сферы самосознания, которое облегчает личностный рост и самоактуализацию. Другие психотерапевты, не менее приверженные цели помочь пациенту жить полноценной жизнью, разделяют более пессимистичный взгляд Фрейда (Freud, 1937/1964): внутренние невротические барьеры и конфликты весьма устойчивы и позволяют в лучшем случае, при упорной работе, достичь лишь скромных результатов в развитии самосознания. Психотерапевты — представители первого направления, как правило, ожидают сравнительно быстрого достижения пациентом приемлемого состояния, тогда как сторонники Фрейда полагают, что, прежде чем психотерапию можно будет завершить, должно пройти значительно больше времени.

При анализе представлений и установок 222 психологов (Bolter, Levenson, & Alvarez, 1990) выяснилось следующее: те, кто отдает предпочтение долгосрочной психотерапии, склонны считать личность по существу статичной, слабо поддающейся коррекции, а психотерапия, по их мнению, требует значительных усилий для преодоления инерции и сопротивления изменению. Психологи, возлагающие надежды на краткосрочные формы психотерапии, напротив, склонны рассматривать развитие как процесс, охватывающий всю жизнь, приписывать людям естественное стремление к личностному росту, требующему лишь незначительного содействия извне. Хотя в принципе использование разграничения между «долгосрочными» и «краткосрочными» ценностями оправдано, в клинической практике оно довольно рискованно, особенно если эти точки зрения воспринимаются не как равно возможные альтернативы, а как взаимоисключающие, диаметрально противоположные позиции, лишь одна из которых может претендовать на истину.

Миллер (Miller, 1996b) выражает в этой связи озабоченность тем, что превознесение краткосрочной психотерапии при пренебрежении к долгосрочному подходу может послужить основанием для «нормирования» психотерапевтической помощи, которую получает пациент, и, следовательно, для удовлетворения не столько его нужд, сколько требований о сокращении расходов со стороны администрации лечебных учреждений. Бадман и Гурман (Budman & Gurman, 1983), в свою очередь, заявляют, что признание только лишь долгосрочной психотерапии может привести к неоправданному затягиванию лечения не столько в психологических интересах пациента, сколько в финансовых — психотерапевта. Поскольку в обоих случаях жертвой оказывается пациент, психотерапевт должен быть готов проводить психотерапию столько времени, сколько это необходимо с клинической

точки зрения, и если он тяготеет либо к долгосрочным, либо к краткосрочным методам, то ему следует помнить, что его мнение — не истина в последней инстанции.

Как бы то ни было, такие различия в ориентации заставляют психотерапевтов устанавливать разные критерии завершения психотерапии. Те, кто оптимистичен в отношении способности пациентов к личностному росту, склонны считать первые признаки избавления от нежелательной симптоматики и более эффективного поведения достаточным основанием для завершения психотерапии; продолжение психотерапии после этого момента, по их мнению, воспитывает в пациенте зависимость и мешает поиску собственного жизненного пути. Психотерапевты, более скептично относящиеся к возможности коррекции личности, обычно считают изменения в состоянии пациента на начальных этапах психотерапии лишь первыми шагами к улучшению и полагают, что завершение психотерапии, обоснованное этими изменениями, преждевременно и чревато быстрой потерей достигнутого.

Следствием оптимистичных взглядов на возможности краткосрочной психотерапии стала попытка фиксирования в психотерапевтическом контракте продолжительности курса и количества сеансов. Считается, что психотерапия, ограниченная во времени, стимулирует и пациента, и психотерапевта, приводя к более эффективному использованию времени и уменьшению зависимости первого от второго[3]. Как напоминание о том, что не стоит связывать какой-либо теоретический подход в психотерапии исключительно с долгосрочными или краткосрочными методами, отметим интересный факт: понятие психотерапии, ограниченной во времени, уходит своими корнями чуть ли ни к концепции Фрейда. Ранк (Rank, 1945) рекомендовал ограничивать продолжительность аналитической психотерапии с целью побуждения пациента к освобождению от зависимости и к индивидуализации. В рамках психодинамической психотерапии был разработан целый ряд методов для сокращения продолжительности аналитической психотерапии, начиная с описанных Александером и Френчем (Alexander & French, 1946, chapter 4) случаев инсайта, быстро достигнутого благодаря «коррективному эмоциональному опыту», и заканчивая многочисленными, тщательно разработанными методами и подробными руководствами по краткосрочной экспрессивной психотерапии[4].

На темп продвижения (если нет четко выраженных ограничений) к оптимальному завершению как краткосрочной, так и долгосрочной психотерапии, влияет не только то, к какой теоретической школе принадлежит психотерапевт, но и уровень его мастерства. Чем быстрее он поймет пациента, чем эффективнее будут его интерпретации, тем раньше психотерапия принесет плоды и тем меньше на нее потребуется времени. Однако, как отмечалось в главе 3, мастерство психотерапевта может проявляться только в отношениях с конкретными пациентами, то есть это не устойчивое личностное свойство. Каков бы ни был общий уровень компетентности психотерапевта, он всегда успешен в работе с одними пациентами и проблемами определенного рода более, чем в работе с другими. Поэтому у всех психотерапевтов на проведение курса с одними пациентами уходит больше времени, чем на проведение курса с другими пациентами.

Потребности и возможности пациента

Пациенту с довольно серьезными, имеющими долгую историю проблемами обычно требуется более длительный курс психотерапии, чем тем, кто обратился за помощью в разрешении сравнительно легких, недавно возникших проблем. Точно так же людям, желающим достичь радикальных личностных изменений с помощью психотерапии, обычно необходимо больше времени, чем тем, кто ставит перед собой более скромные задачи. В целом, чем больше разница между реальным положением пациента, с одной стороны, и состоянием оптимального функционирования, которого он хочет достичь, — с другой, тем более продолжительной будет психотерапия.

Тем не менее как для пациентов, так и для психотерапевтов достаточным основанием для завершения психотерапии является разный уровень количественных и качественных изменений. Одни пациенты сомневаются в своей способности к постоянному изменению или к изменению в лучшую сторону, поэтому во время психотерапии такие пациенты с недоверием относятся к первым признакам улучшения своего состояния, опасаются рецидивов и не решаются на завершение, пока в рамках психотерапии не произведена достаточно глубокая проработка имеющихся проблем и не достигнуто стойкое улучшение жизнедеятельности вне психотерапии. Другие пациенты верят в свою способность к быстрому избавлению от затруднений и сохранению достигнутого улучшения, если психотерапевт сможет указать им нужное направление. Таких пациентов воодушевляют первые признаки успеха, которые они считают предвестниками окончания психотерапии. Начав более эффективно справляться со своими трудностями, эти пациенты с неохотой отсрочивают окончание психотерапии.

Возможности отдельного пациента влияют на продолжительность психотерапии точно так же, как мастерство психотерапевта. Чем более человек способен к откровенности, к осознанию своих потребностей и установок, тем больше пользы для расширения сферы самопонимания приносит ему вмешательство психотерапевта; а чем лучше пациенту удается переносить опыт, полученный в ходе психотерапии, на другие ситуации, тем быстрее он добьется оптимальных результатов и раньше завершит психотерапевтический курс.

Учет потребностей и возможностей пациента делает бессмысленным разграничение «долгосрочной» и «краткосрочной» психотерапии на основе заданного количества сеансов или месяцев лечения, по крайней мере, с клинической точки зрения. Многочисленные исследования подтверждают возможность ограниченной во времени психотерапии помочь пациенту улучшить эмоциональное состояние и более эффективно справляться с жизненными событиями (см. Anderson & Lambert, 1995; Crits-Christoph, 1992; Koss & Shiang, 1994). Однако, помимо приведенных ранее данных о среднестатистической связи между продолжительностью психотерапии и ее успешностью, даже Страпп (Strupp, 1996b) (один из создателей методов краткосрочной психотерапии) отмечает, что психотерапия, *ограниченная во времени, подходит далеко не каждому:*

> Разработав руководство по проведению динамической психотерапии, ограниченной во времени... возглавив проект... исследования эффективности подготовки опытных психотерапевтов в этой области, я не сомневаюсь в том, что во многих случаях людям мож-

> но существенно помочь именно таким образом. Более того, многие пациенты готовы получать профессиональную помощь лишь ограниченный период времени. Однако как исследователи, психотерапевты и заинтересованные граждане мы не должны ожидать волшебной отдачи при минимальных затратах усилий. Не должны мы и игнорировать тот факт, что в некоторых случаях целесообразно более длительное и более интенсивное психотерапевтическое вмешательство (p. 1021).

Точку зрения Страппа разделяют многие специалисты, считающие, что короткий курс психотерапии — менее 15–20 сеансов — отвечает нуждам пациентов с легкими, ситуативными проблемами, однако приносит мало пользы пациентам с глубокими расстройствами или с многочисленными характерологически обусловленными проблемами, — пациентам, которым для формирования эффективного рабочего альянса и достижения заметного улучшения обычно требуются длительные психотерапевтические отношения (Garfield, 1995, chapter 11; Hoglend, 1993; Steenbarger, 1994).

Таким образом, необходимая продолжительность психотерапии в идеальном случае — это продолжительность, отвечающая нуждам пациента. Установление произвольных количественных значений для проведения границы между краткосрочной и долгосрочной психотерапией может служить административным целям, в том числе ограничению объема предоставляемых услуг, однако не имеет никакого клинического смысла. Пациентам с минимальными нуждами и скромными психотерапевтическими целями можно помочь за сравнительно короткий период времени; лечение же пациентов, серьезно нуждающихся в помощи, претендующих на существенные изменения, требует довольно много времени. В конечном счете, если психотерапия соответствует психологическому состоянию пациента, обратившегося за помощью, то она не может быть ни слишком короткой, ни слишком продолжительной.

Минимальные условия, необходимые для рассмотрения возможности завершения психотерапии

Как указывалось выше, необходимую продолжительность психотерапии определяет множество факторов, а четкие критерии, по которым можно судить о том, что психотерапию следует завершать, отсутствуют. Несмотря на то что трудно оценить, достаточно ли длилась психотерапия, на неопределенность в выборе момента завершения курса, существуют три условия, необходимые для того, чтобы можно было задуматься о возможности окончания психотерапевтической работы.

1. Необходимо наличие существенного продвижения в направлении целей психотерапии. Хотя «существенное продвижение» можно трактовать по-разному, пациент и психотерапевт должны прийти к единому мнению относительно того, что представляет собой это продвижение и есть ли оно. Во всех случаях, кроме тех, когда пациент и психотерапевт соглашаются прекратить лечение, поскольку *никакого* улучшения в состоянии пациента не происходит, следует руководствоваться общим принципом: возможность завершения психотерапии рассматривать нецелесообразно, пока обе стороны психотерапевтического контракта не согласятся с тем, что произошло существенное продвижение в направлении психотерапевтических целей.

2. Пациент должен быть готов к самостоятельному продолжению работы, направленной на понимание своих проблем и избавление от них. Как отмечалось ранее, в процессе психотерапии человек должен познавать не только факты, но и метод. Пациент должен узнать не только то, каков он как личность, но и то, как анализировать свое поведение, как находить связи между своими мыслями, чувствами и поступками и как применять свои знания о себе на практике, стремясь к полноценной жизни. Прежде чем будет затронут вопрос о завершении психотерапии, пациент должен продемонстрировать свою способность без помощи психотерапевта анализировать и перестраивать свое поведение в ситуациях конфликта и в ситуациях предоставления возможностей. Только тогда вероятность сохранения и развития достижений психотерапии будет достаточно велика, чтобы оправдать решение о ее завершении.
3. Реакции переноса должны ослабеть достаточно, чтобы на первый план вышли реальные отношения с психотерапевтом. Как отмечалось в главе 10, это не означает, что связанные с переносом чувства полностью исчезают, а отношения пациента с психотерапевтом становятся приятельскими. Это означает, что реакции переноса будут возникать реже, и поэтому большую часть психотерапевтического взаимодействия будет составлять разговор, ориентированный на реальность, при котором пациент рассказывает о происходящем с ним с минимумом искажений, а психотерапевт слушает пациента и комментирует его слова с минимальным использованием интерпретационной позиции, позиции мнимого объекта. Если психотерапия завершается прежде, чем происходит ослабление переноса, невыраженные чувства пациента к психотерапевту могут беспокоить его в будущем, так же как и другие, не проработанные чувства к важным в его жизни людям. Существует также вероятность того, что пациенты, завершающие психотерапию с неразрешенной проблемой переноса, уходят и с другими неразрешенными проблемами, требующими дополнительного психотерапевтического вмешательства.

Перечисленным выше условиям рассмотрения возможности завершения психотерапии — существенному продвижению в направлении психотерапевтических целей, способности пациента к самостоятельному продолжению самонаблюдения и самопознания, а также разрешению проблемы переноса — будут посвящены оставшиеся разделы этой главы, в которых данные критерии будут рассмотрены с точки зрения планирования и реализации заключительной фазы психотерапии. В идеальном случае завершение совместной работы пациента и психотерапевта происходит тогда, когда при отсутствии внешних ограничивающих факторов они приходят к единому мнению о достижении удовлетворяющих их результатов. Однако нередко момент завершения психотерапии, вне зависимости от достигнутых успехов, диктуется некими внешними обстоятельствами. Поскольку процесс планирования и проведения заключительного этапа психотерапии зависит от того, естественно ли завершение работы или обусловлено внешними обстоятельствами, эти два случая рассматриваются отдельно.

Естественное завершение психотерапии

О естественном завершении психотерапии можно говорить тогда, когда обе стороны психотерапевтического контракта приходят к выводу о необходимости ее завершения. Если только непродуманный психотерапевтический контракт не приведет к преждевременному решению об окончании психотерапии вскоре после ее начала, согласие пациента и психотерапевта с тем, что психотерапию можно завершить, достигается не раньше, чем пациент пройдет период самопознания и успешного использования полученных знаний о себе на практике. Предложение рассмотреть возможность завершить психотерапию может исходить либо от пациента, либо от психотерапевта, в зависимости от характера психотерапевтических отношений и требований ситуации.

Предложение о завершении психотерапии со стороны пациента

Самой благоприятной является ситуация, когда пациент по собственной инициативе заявляет о том, что, по его мнению, он достиг поставленных целей, способен справляться с имеющимися и возможными трудностями, а также хотел бы обсудить вопрос, как долго еще будет продолжаться психотерапия. Это предложение пациента полностью удовлетворяет минимальным критериям начала рассмотрения возможности окончания психотерапевтического курса: пациент утверждает, что достиг в ходе психотерапии значительных успехов, сможет сохранить и приумножить свои успехи, а также готов к обсуждению вопроса о том, когда и как завершить психотерапию на уровне реальных отношений.

Первое, что должен сделать психотерапевт, реагируя на открытое выражение заинтересованности пациента в окончании психотерапии, — понять, верно ли пациент оценивает свои успехи или за его желанием кроется сопротивление продолжению лечения. Как отмечалось в главе 9, сопротивление изменению, сопротивление содержанию беседы и сопротивление, связанное с переносом, — все эти формы сопротивления могут побуждать к преждевременным попыткам завершить психотерапевтическую работу. Если предложение о завершении психотерапии звучит в контексте явного сопротивления, его следует проинтерпретировать как проявление сопротивления; если же это предложение звучит при отсутствии явного сопротивления, но также и при отсутствии признаков декларируемого пациентом улучшения состояния, его необходимо проанализировать и выяснить, не обусловлено ли оно сопротивлением, которое иначе никак не выражается.

С другой стороны, если в поведении пациента, спрашивающего о завершении психотерапии, не наблюдается признаков сопротивления, и он действительно значительно приблизился к психотерапевтическим целям, в его вопросах не следует искать подтекст. В этом случае необходимо начать объективное обсуждение достигнутых в ходе психотерапии изменений и того, в какой мере эти изменения приблизили пациента к поставленной цели. Чем более оптимистичными находят пациент и психотерапевт выводы этого обсуждения, тем очевиднее, что пришло время планировать завершение психотерапевтических отношений.

Если же при анализе достигнутых результатов, осуществляемом по инициативе пациента, вырисовывается менее позитивная картина, чем это видится паци-

енту, появляется возможность выяснить, чего еще необходимо добиться, чтобы с полным правом завершить психотерапию. Но указать на незавершенные дела не означает запугивать пациента последствиями преждевременного завершения психотерапии. Настаивать на продолжении психотерапии следует не больше, чем на ее начале. Психотерапевт должен просто максимально объективно описать существующую разницу между целями, которые ставились в начале психотерапии, и тем, чего удалось достичь, после чего пациент сам должен решить, хочет ли он продолжать работу по достижению нереализованных целей.

Иногда в процессе анализа проделанной работы обнаруживается, что улучшение в состоянии пациента более существенно, чем представлялось психотерапевту. Пациент, удивляющий психотерапевта просьбой завершить психотерапию, может испытывать сопротивление или переоценивать свои успехи, особенно если у него есть острая потребность поддерживать свой образ компетентного человека. Однако нельзя исключать вероятности того, что пациент действительно достиг большего, чем представляется психотерапевту, особенно если оценка психотерапевта искажается под влиянием его собственных потребностей. В последнем случае психотерапевт должен пересмотреть свою точку зрения на успехи пациента и ускорить планируемое завершение психотерапии.

Косвенное выражение желания завершить психотерапию

Пациент, готовый к рассмотрению возможности завершить психотерапию, может не говорить об этом прямо, а выразить свое желание неким косвенным путем. Он может, к примеру, в подробностях рассказывать о своих успехах или все меньше и меньше говорить психотерапевту о своих проблемах. Если допустить, что таким образом пациент не старается угодить психотерапевту в первом случае и не сопротивляется во втором, его поведение можно рассматривать как намек на то, что он считает психотерапевтическую работу выполненной. Тогда задача психотерапевта — осознать эту мысль пациента и отреагировать, заметив, например: «Создается впечатление, что, по вашему мнению, от психотерапии вы получили все, на что надеялись».

Иногда пациенты косвенно выражают свое желание окончить психотерапию, просто внезапно бросая лечение. Пациенты, бросающие лечение без предварительного обсуждения своего решения с психотерапевтом, обычно делают это на ранних этапах психотерапии, до создания стойкого рабочего альянса. В случае, если пациент бросает психотерапию на средней фазе, когда уже была проделана полезная интерпретационная работа, одностороннее решение о прекращении психотерапии не обязательно свидетельствует о психотерапевтической неудаче. Пациент, искренне считающий, что он извлек из психотерапии максимум пользы, может предпочесть попыткам убедить психотерапевта в своих успехах или длительному процессу расставания простое исчезновение из поля зрения психотерапевта[5].

Очевидно, что пациенту следует известить психотерапевта о своем уходе, прежде чем осуществлять свое решение, а нежелание сделать это может указывать на неразрешенные невротические проблемы. Почему, к примеру, пациент уклоняется от обсуждения с психотерапевтом своих достижений и почему пациенту намного труднее попрощаться, чем просто исчезнуть? Тем не менее такие пациенты могут

обоснованно считать, что достигли поставленных целей, и покидать психотерапевта в значительно лучшем состоянии, будучи способными поддержать этот прогресс.

Вероятность того, что пациент, бросивший психотерапию, действительно добился существенных результатов, заслуживает внимания не только потому, что психотерапевту следует поощрять пациента к самостоятельному принятию решения о завершении психотерапии или считать такие решения удачным исходом, а потому, что он не должен автоматически видеть в них свидетельство провала. К сожалению, в некоторых исследованиях таких пациентов-«невозвращенцев» относят к категории «неудачных случаев», то есть случаев, когда психотерапия не принесла пользы. В то же время пациенты, принявшие в одностороннем порядке решение о прекращении психотерапии, часто не только значительно улучшают свое состояние до ухода, но и, как явствует из сказанного ранее об улучшении состояния пациентов по окончании психотерапии, совершенно не заслуживают подобной оценки. Только тщательное катамнестическое исследование может ответить на вопрос: какие из этих пациентов не извлекли никакой пользы из психотерапии, а какие достигли с ее помощью значительного и стойкого улучшения в своем состоянии?

Желание завершить психотерапию как эффект верхнего предела

Рассматривавшиеся до этого момента случаи принятия пациентом решения об окончании психотерапии были связаны с тем, что пациент удовлетворен достигнутыми результатами и не нуждается в дальнейшем получении помощи. Однако иногда пациент предлагает прекратить психотерапию не потому, что достиг всего, чего желал, а в связи с тем, что, по его мнению, он достиг всего, чего мог достичь. Хотя предпочтительным является завершение психотерапии по причине достижения пациентом своих целей, а не его неспособности подойти к своей цели ближе, тем не менее в последнем случае, который можно назвать «эффектом верхнего предела», решение об окончании психотерапевтической работы можно считать вполне оправданным.

Правильность мнения пациента о том, что он достиг предела возможности извлечь пользу из психотерапии, зависит от того, насколько близко он фактически подошел к своей цели, и есть ли основания надеяться на реализацию невыполненных задач при продолжении психотерапии. Пациенты, у которых наблюдалось устойчивое улучшение состояния в процессе психотерапии, пациенты, нереализованные цели которых сходны с уже достигнутыми целями, ошибаются, если считают невозможным достижение с помощью психотерапии большего. С другой стороны, пациенты, получающие от психотерапии все меньше и меньше, скорее всего, достаточно верно воспринимают ситуацию, считая, что психотерапевту больше нечего им предложить, даже если некоторые из их затруднений не были разрешены.

Психотерапевт не только должен помочь пациенту понять, достигнут ли предел возможной пользы от психотерапии, но и распознать те случаи, когда результаты психотерапии могут послужить основой для других форм помощи. Так, пациентам, научившимся в процессе психотерапии понимать самих себя и более эффективно справляться с жизненными трудностями, может дополнительно

потребоваться супружеское консультирование для разрешения некоторых семейных проблем или профориентационное консультирование для выбора вида деятельности, отвечающей их интересам и способностям. Пациент, расширивший представления о самом себе и развивший в себе способность к самореализации может все еще иметь некоторые изолированные симптомы, например специфическую фобию, для избавления от которой может понадобиться использование метода систематической десенсибилизации.

Оценивая желание пациента завершить психотерапию в связи с достижением максимума возможного, психотерапевт должен помнить о том, что любая психотерапия рано или поздно начинает приносить все меньше и меньше пользы. Поскольку темпы улучшения состояния пациента в процессе психотерапии снижаются, о чем свидетельствуют упомянутые ранее исследования, даже весьма скромные психотерапевтические цели могут привести к эффекту верхнего предела в том смысле, что существенное продвижение к этим целям делает дальнейшие шаги в данном направлении все более трудными. В каждом конкретном случае при оценке результатов и перспектив следует сопоставлять задачи, оставшиеся не выполненными, со временем, усилиями и денежными затратами, необходимыми для их выполнения. Если психотерапевт согласен с пациентом в том, что дальнейшая психотерапия принесет не слишком много пользы, следует просто переходить к заключительному этапу работы. Если процесс улучшения состояния пациента замедлился в связи с приближением к верхнему пределу возможного, но не остановился, пациент должен получить шанс проанализировать, стоят ли прогнозируемые результаты затрат на продолжение психотерапии.

Объективное сопоставление затрат времени, усилий и денег, необходимых для продолжения психотерапии, с возможной выгодой от нее не следует рассматривать как фатальное поражение или как отказ от духовной ценности самопознания в угоду хладнокровному расчету. Напротив, совместное выяснение соотношения затрат и выгод призвано подчеркнуть достигнутые успехи и помочь пациенту их сохранить. Поскольку задача полной реализации намеченных целей сделала бы психотерапию бесконечной, продолжение психотерапии при ее минимальной пользе грозит потерей уже достигнутого. Пациент, продолжающий участие в психотерапии, несмотря на то что польза от нее ничтожна и достается большим трудом, может разочароваться и в психотерапии, и в психотерапевте. Затрата огромных усилий, которые не приносят уже тех плодов, что раньше, заставляет сомневаться в ценности результатов проделанной работы; поощрение к продолжению этой, теперь уже малоплодотворной работы, ставит под сомнение профессионализм психотерапевта и его желание оказать реальную помощь.

Позволяя пациенту принимать решение о целесообразности дальнейшей психотерапии с учетом всей полноты информации о затратах и выгодах, психотерапевт должен препятствовать разочарованию пациента в лечении. Если пациент уйдет, не будучи в полной мере удовлетворенным достигнутыми результатами, пусть он уйдет с ощущением, что психотерапия была плодотворна от начала и до конца, а не затянулась, исчерпав свои возможности. Тогда есть все основания ожидать стойкий положительный эффект психотерапии и дальнейшее использование пациентом методов самонаблюдения, которым он научился, участвуя в ней.

Предложение о завершении психотерапии со стороны психотерапевта

Хотя большинство пациентов скрупулезно следят за своими успехами и рано или поздно спрашивают о том, сколько еще должна продолжаться психотерапия, некоторые из них игнорируют признаки улучшения в собственном состоянии или стараются не привлекать к ним внимание. Такое поведение обычно отражает одну из форм сопротивления. Пациенты с личностным сопротивлением, например с мазохистическими тенденциями или со склонностью к самоуничижению, могут считать улучшение своего состояния иллюзией и не радоваться ему. Признать свои успехи и понять, что задачи психотерапии выполнены, такие пациенты смогут лишь тогда, когда им на это прямо укажут.

С точки зрения *сопротивления изменению*, элементы вторичной выгоды от участия в психотерапии могут формировать сопротивление не только началу, но и завершению психотерапии. Нередко пациенты привязываются к психотерапевту и не хотят разрывать с ним отношения. Такое сопротивление изменению обусловлено не столько какими-либо конкретными чувствами пациента к психотерапевту, сколько приятным для пациента сознанием того, что психотерапия — что бы ни случилось в его жизни — даст ему возможность регулярно встречаться со знающим, чутким человеком, уважающим, выслушивающим его и готовым в любой момент оказать помощь.

Вторичные выгоды могут приводить к сопротивлению завершению психотерапии в связи с тем, что человек считается психотерапевтическим пациентом. Точно так же как некоторые пациенты стремятся уклониться от лечения, не желая отказываться от преимуществ положения психологически неполноценного человека, некоторые пациенты затягивают принятие решения об окончании психотерапевтического курса, поскольку при этом они лишаются определенных преимуществ, связанных с участием в психотерапии. Человек, который в семье, среди друзей и коллег считается психотерапевтическим пациентом, получает особое внимание дома, сочувствие от знакомых, возможность раньше уходить с работы. Поэтому он не спешит рисковать ни одним из этих преимуществ, становясь человеком, окончившим психотерапевтический курс и, следовательно, более не нуждающимся в особой поддержке.

Наконец, пациент может не желать отказаться от отношений с психотерапевтом из-за *сопротивления, связанного с переносом*. Симпатия и уважение к психотерапевту нередко заставляют пациента что-то игнорировать или не говорить то, что может ускорить разрыв отношений с ним. Возможно также, что пациент, не разрешивший проблему переноса, будет опасаться обидеть психотерапевта, первым подняв вопрос об окончании психотерапии.

Каковы бы ни были причины того, что пациент, достигнув результатов, позволяющих задуматься о завершении психотерапевтической работы, не поднимает этот вопрос, психотерапевт может исследовать их лишь в том случае, если примет на себя ответственность, чтобы указать на возможность завершения психотерапии и подведения ее итогов. Допустим, пациент достиг значительных успехов и уже некоторое время возвращается к проработанным темам, при этом он проявляет

способность к самостоятельному обдумыванию и разрешению новых проблем. В этом случае психотерапевту следует заметить:

> Уже некоторое время у вас все идет достаточно гладко, и все проблемы вы решаете самостоятельно. Для совместного обсуждения у нас совсем мало тем. Поэтому, вполне вероятно, мы достигли момента, когда можно подумать о том, как долго еще будут продолжаться наши встречи.

Как явствует из этого замечания, психотерапевт, решивший подвести пациента к заключительной фазе, должен сделать это деликатно, ссылаясь на позитивные аспекты достигнутых изменений и избегая упреков в игнорировании этих изменений. Кроме того, психотерапевт должен говорить об улучшении в состоянии пациента как о личном впечатлении, а не достоверном факте, а о завершении психотерапии — только как о теме для размышления, а не необходимом следствии поведения пациента. Подведение пациента к заключительному этапу психотерапии в форме деликатных, позитивно окрашенных, гипотетических замечаний побуждает его к активному участию в обсуждении проделанной работы так, будто это он внес предложение о завершении психотерапевтического курса. Не вовлекая пациента в анализ проделанной работы, психотерапевт может осложнить завершение психотерапии; он может навести пациента на мысль о том, что психотерапевт принял решение в одностороннем порядке и пытается избавиться от него[6].

Хотя, предлагая завершить психотерапию, психотерапевт не должен идти дальше вынесения на обсуждение этой темы, сама постановка вопроса, очевидно, подразумевает, что настал подходящий момент для окончания работы. Поэтому психотерапевт должен позаботиться о своевременности своего предложения. Особенно важно распознать противоперенос, из-за которого предложение психотерапевта о завершении курса может быть опрометчивым или категоричным. Так, если пациент продвигается слишком медленно, если с ним трудно работать, если он занимает время, которое психотерапевт хотел бы потратить как-то иначе, если, иными словами, пациент неприятен и вызывает сильные негативные чувства, психотерапевт может сделать поспешный вывод о том, что результаты психотерапии достаточно высоки или что большего достичь не удастся. Если же, с другой стороны, с пациентом приятно работать, если пациент быстро движется к намеченным целям, демонстрирует достойные восхищения успехи, иными словами, отношения с пациентом приносят психотерапевту удовлетворение, психотерапевт может ненамеренно упускать из виду признаки улучшения в состоянии пациента и довести психотерапию до момента, когда польза от нее будет минимальна. Осознание противопереноса помогает психотерапевту избежать обоих описанных выше типов неадекватного поведения.

Будучи уверенным в том, что его решение внести или не вносить предложение о завершении психотерапии объективно обоснованно и не является следствием противопереноса, психотерапевт может использовать естественные перерывы в психотерапевтическом курсе как повод для обсуждения проделанной работы. Время от времени болезнь, отпуск, командировки приводят к отмене сеансов пациентом или психотерапевтом. Если пациент во время перерыва продолжает идти к намеченным психотерапевтическим целям, вероятно, уместным будет следующее замечание психотерапевта:

> Мы не виделись с вами две недели, поскольку я был в отпуске, но из ваших рассказов следует, что вы неплохо провели это время и самостоятельно разрешали возникавшие затруднения. Возможно, это означает, что нам следует обсудить результаты нашей совместной работы и подумать о том, как долго она должна продолжаться.

Как и в предыдущем примере, психотерапевт деликатен, осторожен в своем высказывании, отмечает успехи пациента, не делая при этом никаких категоричных выводов. Психотерапевту не следует использовать каждый перерыв в лечении для подведения итогов, хотя перерыв на этапе, когда о завершении психотерапии следовало бы упомянуть при любых обстоятельствах, может оказаться удобным случаем, чтобы сделать это.

Проведение заключительной фазы психотерапии

Если пациент и психотерапевт считают, что в ходе психотерапии достигнуто достаточно или максимум возможного, психотерапевт должен фактически осуществить завершение психотерапии, то есть:

а) убедиться в правильности решения о завершении;
б) подготовить пациента к последнему сеансу, используя либо метод завершения посредством ограничения психотерапии во времени, либо метод постепенного увеличения временных интервалов между сеансами;
в) подкрепить способность пациента к самонаблюдению; и
г) содействовать преодолению переноса.

Убежденность в правильности решения о завершении психотерапии

Как бы убедительно и ясно анализ проделанной работы ни говорил о целесообразности завершения психотерапии, на то, чтобы рассмотреть этот вывод и проверить его правильность, необходимо время. Хотя принципы психотерапии по большей части относительны, при завершении психотерапии следует руководствоваться одним из немногих абсолютных принципов, а именно: никогда не завершайте психотерапию сеансом, на котором возможность окончания психотерапии была впервые вынесена на обсуждение, каким бы своевременным оно ни казалось обоим участникам психотерапии. Существуют четыре важных обстоятельства, которые делают необходимым строгое соблюдение этого принципа.

1. У пациента или психотерапевта может создаться ошибочное впечатление о готовности пациента к завершению психотерапии. Все уместные доводы могут просто не прийти в голову сразу, при первом рассмотрении достигнутых результатов, а дальнейшие рассуждения могут привести к иному выводу о целесообразности окончания психотерапевтической работы. Кроме того, к преждевременному решению завершить психотерапию может подтолкнуть перенос и противоперенос. Пациент может заявлять об отсутствии необходимости в дальнейшей психотерапии, стараясь вознаградить труды психотерапевта, либо пытаясь уклониться от общения с ним при сильном негативном переносе. Причиной ошибочного решения психотера-

певта о завершении психотерапии может стать его желание верить в то, что он «излечил» пациента или желание оправдать прерывание трудных или неприятных психотерапевтических отношений. Распознать элементы переноса и противопереноса и избавиться от их влияния можно лишь имея шанс неоднократно проанализировать свое желание окончить психотерапию.

2. Даже если пациент и психотерапевт на момент принятия решения правы, считая дальнейшую психотерапию нецелесообразной или бесполезной, они могут не учесть вероятность некоторых событий, ставящих под сомнение их выводы. Психическое функционирование циклично; людям свойственны колебания настроения; в одни дни они справляются с трудностями эффективнее, чем в другие. Поэтому при принятии решения об окончании психотерапии необходимо учитывать перспективы пациента. При отсутствии длительного и стабильного улучшения в состоянии пациента необходимо убедиться в том, что наблюдаемое на данном этапе улучшение не исчезнет при первых же жизненных неприятностях и не перейдет, как одна из фаз цикла, в фазу плохого самочувствия и низкой личностной эффективности. Правильно оценить стойкость достигнутых пациентом результатов можно лишь в том случае, если психотерапия не окончится сеансом, на котором впервые был поставлен вопрос о завершении психотерапевтического курса.
3. Психотерапевт, предлагающий завершить работу, как только такая возможность была вынесена на обсуждение, рискует внести в психотерапевтические отношения ноту отвержения, даже если успехи пациента реальны и стойки. Как бы ни был доволен пациент завершением психотерапии, вряд ли ему захочется мгновенно разорвать отношения с психотерапевтом. В действительности для пациентов заключительная фаза — это период расставания, часто такой же печальный, как расставание с дорогими людьми, местами и занятиями. Боль расставания можно облегчить, предоставив возможность подготовиться к нему, особенно если до окончательной разлуки обсудить и проработать вызванные ею чувства.

Если психотерапия завершится, как только была рассмотрена такая возможность, у пациента не будет шанса подготовиться к разрыву психотерапевтических отношений, но будут все основания задуматься о мотивах поспешных действий психотерапевта. Получится так, будто пациент говорит: «По-моему, я больше не нуждаюсь во встречах с вами», а психотерапевт незамедлительно отвечает: «Отлично, тогда до свидания». Даже при отсутствии такой сухой немногословности готовность психотерапевта завершить психотерапию, как только это начинает казаться целесообразным, может навести пациента на мысль о том, что «психотерапевт не может дождаться момента, когда он, наконец, избавится от меня». Чтобы сделать расставание постепенным и не вызвать у пациента чувства отверженности, необходимо продолжать психотерапию еще некоторое время после того, как впервые прозвучало предложение ее завершить.

4. Даже если в конкретном случае удается избежать указанных выше неприятных последствий поспешного прекращения психотерапии, резкий разрыв

отношения не позволяет пациенту проявить активность на заключительных сеансах. Очень часто общее решение о целесообразности завершения психотерапии подталкивает пациента к эффективному использованию времени, оставшегося до ее окончания. Осознание того, что психотерапия должна скоро окончиться, побуждает пациента поднимать вопросы, еще не затрагивавшиеся в процессе психотерапии и подводить итоги работы, проделанной на предыдущих сеансах. Таким образом, происходит интеграция, характерная для заключительных этапов любых рабочих ситуаций. Если завершение производится, как только оно было признано возможным, времени на подведение итогов работы не остается.

Четыре вышеперечисленных обстоятельства делают необходимым выделение некоторого количества сеансов на то, чтобы укрепиться в решении завершить психотерапию. Поскольку первое впечатление может оказаться ошибочным, поскольку наблюдаемые в данные момент успехи не гарантируют стойкого улучшения состояния пациента, поскольку завершение психотерапии — это процесс расставания и поскольку период подведения итогов проделанной работы может быть весьма плодотворным, психотерапевт должен воздерживаться от резкого прерывания психотерапии и сопротивляться, если пациент на этом настаивает. Допустим, после достижения предварительной договоренности о том, что психотерапию следует завершить, пациент говорит: «Полагаю, это наш последний сеанс, поскольку я не вижу необходимости в дальнейших встречах». Психотерапевт должен пытаться предупреждать подобные решения примерно следующим замечанием: «Хотя сейчас все указывает на то, что задачи психотерапии выполнены, думаю, было бы полезно выделить время на проверку правильности нашего впечатления; поэтому я предлагаю запланировать окончание работы, но перед этим встретиться еще несколько раз». Такого рода рациональный ответ, побуждающий пациента к проверке своего решения завершить психотерапию, помогает избежать резкого разрыва отношений и позволяет пациенту подготовиться к расставанию с психотерапевтом.

Завершение психотерапии посредством ограничения ее во времени и завершение психотерапии с возрастанием временных интервалов между сеансами

Заключительную фазу психотерапии, от момента согласия о целесообразности завершения психотерапии до последнего сеанса, можно провести двумя способами. При *завершении психотерапии посредством ограничения ее во времени* фиксируется некоторый период времени, когда сеансы продолжаются с обычной частотой, а затем прекращаются. Например, пациенту, посещавшему психотерапевта один раз в неделю, можно назначить еженедельные встречи в течение еще одного месяца после момента вынесения решения о целесообразности завершения курса. При *завершении психотерапии с возрастанием временных интервалов между сеансами* время между сеансами постепенно увеличивается, так что дата последнего сеанса заранее не устанавливается, а приближение к последнему сеансу планомерно. В этом варианте пациент, посещавший психотерапевта один раз в неделю,

может сначала перейти на сеансы раз в две недели, а затем, до момента окончания психотерапии, на встречи с психотерапевтом один раз в месяц.

С точки зрения пациента, наиболее очевидное различие между описанными выше методами состоит в том, что при первом из них дата окончания психотерапии известна, а при втором — нет. То есть завершение, ограниченное во времени, подразумевает, что пациент абсолютно готов к самостоятельности и использует заключительную фазу для подведения итогов проделанной работы. Завершение же психотерапии с возрастанием временных интервалов между сеансами подразумевает необходимость чередования периодов встреч и выжидания, когда пациент отказывается от психотерапии по мере того, как все дольше и дольше самостоятельно поддерживает достигнутое в процессе психотерапии. Однако даже в случае увеличения интервалов между сеансами настает момент, когда следующий сеанс планируется как последний («Давайте встретимся еще один раз, через два месяца, и, если у вас будет все в порядке, мы сделаем этот сеанс последним»).

Описанные выше варианты завершения психотерапии, несмотря на различия, могут переходить один в другой. При эффективном завершении, ограниченном во времени, пациент обычно проходит период подведения итогов и подготовки к расставанию с психотерапевтом, после чего проблем для обсуждения становится все меньше и меньше, а сеансы постепенно заполняются разговорами на отвлеченные темы. Если же пациент продолжает и на последнем из запланированных сеансов поднимать новые, неразрешенные вопросы, психотерапевту следует предложить скорректировать график заключительной фазы психотерапии: «В свете происходившего последние несколько недель мне кажется, что мы поспешили с завершением курса; наверное, нам следует выделить дополнительное время, чтобы проработать возникшие в этот период проблемы».

Нет нужды добавлять, что при принятии решения о продлении заключительной фазы в ответ на возрастание беспокойства пациента необходимо учитывать вероятность того, что эта активность представляет собой сопротивление завершению психотерапии. Пациент, достигший желаемого в процессе психотерапии, но при этом стремящийся сохранить положение пациента или отношения с психотерапевтом, может, по мере приближения окончания работы, переживать «рецидивы» или затрагивать «новые», «не терпящие отлагательства» вопросы. Подоплека такого поведения ясна: «Посмотрите, у меня действительно еще много проблем, мне о многом нужно с вами поговорить, поэтому нам лучше вообще не завершать психотерапию». Если при ближайшем рассмотрении рецидивы оказываются преувеличением, а упоминаемые проблемы не новыми и не исключительными, психотерапевт должен продолжать проведение заключительного этапа, как это было запланировано, назначая дополнительные сеансы только в случае необходимости, чтобы помочь пациенту преодолеть переживания, связанные с окончанием лечения.

Второй метод завершения психотерапии также предполагает гибкость при принятии решения о том, какой сеанс будет последним. Если пациент затрагивает во время сеансов все меньше и меньше проблем, встречи также должны становиться реже, пока не будет проведен последний проверочный сеанс. Однако если на заключительной фазе психотерапии появляются новые или чрезвычайные проб-

лемы, может потребоваться пересмотр плана завершения работы. Тогда психотерапевт, изменивший частоту сеансов с одного раза в неделю до одного раза в две недели, возможно, сочтет необходимым заметить: «Поскольку в последнее время обнаружились вопросы, которые было бы полезно обсудить, нам, наверное, на некоторое время стоит вернуться к прежнему графику посещений — раз в неделю». Аналогично, на последнем, проверочном сеансе может выясниться, что пациент столкнулся с непредвиденными трудностями в поддержании достигнутых результатов, и поэтому необходимо назначить несколько дополнительных сеансов.

Как и в случае использования метода завершения посредством ограничения психотерапии во времени, психотерапевт, оценивая ситуацию возвращения затруднений на заключительной фазе психотерапии, должен учитывать вероятность сопротивления завершению психотерапии. В то же время психотерапевт не должен допускать, чтобы из-за его скептицизма от внимания ускользнули реальные проблемы пациента; не следует стремиться любой ценой реализовать свое решение завершить психотерапию. Сомневаясь в способности пациента поддержать и развить успехи психотерапии, но все ж чувствуя необходимость ее завершить, психотерапевт должен, по крайней мере, дать понять, что двери его кабинета открыты для пациента, если у того в дальнейшем возникнет потребность вернуться.

Выбор между завершением психотерапии посредством ограничения ее во времени и завершением психотерапии с возрастанием временных интервалов между сеансами

Выбор между завершением психотерапии посредством ограничения ее во времени и завершением психотерапии с возрастанием временных интервалов между сеансами зависит от характера и целей психотерапевтического контракта. В целом первый вид завершения наиболее эффективен при раскрывающей психотерапии, а при поддерживающей психотерапии целесообразно постепенное увеличение интервалов между сеансами. Поскольку при ограничении времени завершения фиксируется определенный период, предназначенный для окончания выполнения всех поставленных задач, предполагается, что пациент способен эффективно использовать это время, а затем незамедлительно прервать лечение. Для пациентов, выполнявших обязательства, связанные с участием в раскрывающей психотерапии, эти требования имеют много общего с тем, что от них ожидалось на всех предыдущих сеансах; кроме того, вера в способность пациента выполнить эти требования является для пациента своего рода наградой. При поддерживающей же психотерапии требования, предъявляемые ограниченным во времени завершением психотерапии, расходятся с предыдущими ролевыми обязательствами пациента и вселяют в него тревогу относительно своей способности их выполнить.

Таким образом, завершение психотерапии с возрастанием временных интервалов между сеансами отвечает нуждам пациентов, участвующих в поддерживающей психотерапии, поскольку они получают неограниченный период времени для того, чтобы постепенно выходить из психотерапевтических отношений и методично проверять свою способность к самостоятельному адекватному функционированию. Предоставить возможность постепенного завершения пациентам, участвующим в раскрывающей психотерапии, означало бы проявлять чрезмерную

опеку, будто сомневаясь в их способности завершить психотерапевтический курс не менее ответственно, чем они работали совместно с психотерапевтом все предыдущие сеансы. Таким образом, чтобы сохранить преемственность в лечении и тем самым обеспечить плавное его завершение методом проведения заключительной фазы психотерапии должен выбираться согласно направленности психотерапии, раскрывающей или поддерживающей.

При использовании любого метода продолжительность заключительной фазы должна приводиться в соответствие с частотой сеансов и сроком лечения. И при раскрывающей, и при поддерживающей психотерапии, чем чаще проводятся сеансы и чем более продолжителен курс, тем более пациент вовлечен в психотерапию, тем сильнее он к ней привыкает и тем больше ему потребуется времени для того, чтобы подвести итоги психотерапевтической работы и адаптироваться к расставанию с психотерапевтом. Поэтому период времени, отводимый на завершение раскрывающей психотерапии у пациентов, посещавших психотерапевта дважды в неделю, должен быть больше, чем у пациентов, посещавших психотерапевта один раз в неделю, а у пациентов, проходивших психотерапию в течение двух лет — больше, чем у пациентов, лечение которых длилось один год. Аналогично, при поддерживающей психотерапии пациентам, посещавшим психотерапевта раз в неделю в течение десяти месяцев, следует предоставить возможность более медленного и плавного выхода из психотерапевтических отношений, чем пациентам, посещавшим психотерапевта один раз в две недели в течение пяти месяцев.

Подкрепление способности к самонаблюдению

Решение о завершении психотерапии должно приниматься при наличии уверенности в том, что пациент будет в состоянии не только сохранить, но и развить достигнутое через самонаблюдение. Все более грамотно анализируя свой опыт, пациент обычно затрагивает все меньше и меньше вопросов, требующих интерпретационных комментариев со стороны психотерапевта. В результате, чем меньше потребность в помощи психотерапевта при исследовании затруднений пациента, тем выше вероятность того, что способность пациента самостоятельно сохранять и развивать свои успехи оправдывает завершение психотерапии.

С другой стороны, при отсутствии сопротивления завершению психотерапии, возникновение новых, серьезных затруднений после согласия о целесообразности окончания психотерапевтической работы может означать, что психотерапевт недооценил масштабы проблем пациента или что способности пациента в одиночку противостоять проблемам недостаточно, чтобы допустить завершение лечения. В первом случае может потребоваться дополнительная интерпретационная работа с отсрочкой завершения и продлением средней фазы психотерапии, а во втором случае задача психотерапевта — не столько проводить дополнительную интерпретационную работу, сколько помочь пациенту более эффективно использовать сформировавшиеся у него навыки понимания и модифицирования своего поведения.

К методам обучения пациента более эффективному использованию способности к самонаблюдению относят поощрение пациента (когда он действует как собственный психотерапевт) и метод конфронтации (когда пациент не пользуется

возможностью быть себе самому психотерапевтом). Для подкрепления эффективного самонаблюдения на заключительной фазе психотерапии психотерапевт должен сообщить пациенту примерно следующее:

> Мне кажется, вам необходимо обратить особое внимание на то, что произошло на этой неделе. В понедельник вы столкнулись с проблемой, сходной со многими из тех, которые беспокоили вас в самом начале нашей совместной работы. Однако вы тщательно проанализировали эту проблему, не позволив ей вызвать тревогу, и нашли удачный выход из сложившейся ситуации. Сегодня, в среду, вы самостоятельно ее проработали, и нет ничего, что требовало бы дополнительного обсуждения.

Чтобы указать пациенту на его нежелание или игнорирование возможности использовать навыки самонаблюдения, которыми он обладает, можно заметить следующее:

> Я обратил внимание, что проблема, которую вы хотите сегодня обсудить, похожа на те, о которых мы говорили уже не раз, то есть это проблемы, которые вы хорошо понимаете. Фактически, я могу вспомнить некоторые ситуации за последние несколько месяцев, когда вы сами справлялись с подобными проблемами, не считая необходимым обсуждать их со мной. Вероятно, сейчас, чтобы самостоятельно преодолеть эту ситуацию, вы не используете в полной мере свои возможности.

Первый из приведенных выше комментариев, явно подкрепляющий и еще раз убеждает пациента в правильности решения завершить психотерапию. Во втором случае пациенту указывается на неиспользование им своей способности к самонаблюдению, однако заметьте, что при этом психотерапевт ссылается на предыдущие успехи пациента. Иными словами, психотерапевт не столько критикует пациента за его бездействие в настоящем, сколько напоминает ему, на что тот был способен в прошлом, и возбуждает его интерес к обстоятельствам, препятствующим использованию уже достигнутого. Своевременная и удачно сформулированная конфронтация может побудить пациента к продуктивному исследованию причин подавления его способности к самостоятельному самонаблюдению.

Содействие разрешению проблемы переноса

Как указывалось в главе 10, успешную психотерапию характеризует постепенное ослабление реакций переноса на последних этапах лечения. С приближением окончания психотерапии перенос обычно преодолевается, в значительной мере благодаря проработке интерпретаций переноса. Осознав свою склонность искаженно воспринимать психотерапевта и психотерапевтическую ситуацию, пациент приобретает способность модифицировать или, по крайней мере, предвидеть и контролировать подобные тенденции. Соответственно, к концу психотерапии у пациента наблюдается все меньше и меньше реакций переноса, а эти реакции все чаще сопровождаются самостоятельным распознанием и точным анализом.

Хотя избавление от переноса зависит прежде всего от пациента, психотерапевт может сыграть важную роль в облегчении этого процесса. В главе 10 рассматривались средства обеспечения каждого из трех компонентов психотерапевтических отношений: переноса, реальных отношений и рабочего альянса. На заключительной фазе психотерапии, когда преобладающими должны стать реальные отноше-

ния, психотерапевт может содействовать этому изменению, ослабив усилия по поддержанию переноса.

Смена переноса реальными отношениями осуществляется за счет того, что психотерапевт ведет себя как более реальный, а не мнимый объект. Например, на некоторые вопросы теперь можно давать прямой ответ, не пытаясь найти в них подтекст. На реплику пациента «Интересно, почему я раньше не осознал, что не смогу зарабатывать на жизнь, став торговым агентом?» ответ теперь не «Что вы об этом думаете?», а «Как мы выяснили, долгое время вам казалось, что вы должны быть самоуверенным, нагловатым человеком, таким, каким вы представляли себе торгового агента». Кроме того, теперь психотерапевт может выразить определенные личные чувства, не стремясь предотвратить их влияние на психотерапевтические отношения. Ответ пациенту, который сообщает «Я получил повышение в должности» или «На этих выходных у меня помолвка», теперь не ограничивается фразой «Расскажите об этом подробнее», а может также включать поздравление, выражение радости.

Реагируя таким образом, психотерапевт должен пытаться не превращаться в приятеля пациента, а лишь слегка сместить акценты в рамках роли, предписываемой психотерапевтическим контрактом. Теперь психотерапевт должен переключить свое внимание с обеспечения переноса посредством поддержания собственной анонимности на поведение, позволяющее пациенту получить объективное впечатление о психотерапевте.

Становясь более реальным объектом в жизни пациента, психотерапевт может помочь ему избавиться от переноса и более или менее безболезненно выйти из психотерапевтических отношений. Однако при этом необходимо соблюдать осторожность, чтобы случайно не подавить скрытые реакции переноса, которые нуждаются в активной проработке. Как и в отношении других аспектов проверки решения об окончании психотерапии, необходимо предусмотреть возможность оценить, в достаточной ли мере изжит перенос, чтобы можно было безбоязненно завершить лечение. Если решение перейти на заключительную фазу психотерапии привело к всплеску обусловленных переносом чувств, необходима дополнительная интерпретационная работа, даже если это требует отсрочивания момента завершения психотерапевтического курса.

Вынужденное завершение психотерапии

Ситуация, когда психотерапия естественным образом подходит к своей заключительной фазе, является предпочтительной, но психотерапевт должен быть готов к тому, что из-за вмешательства внешних обстоятельств психотерапию придется окончить до момента реализации ее целей. Пациент может переехать в другой город, устроившись на новую работу, вступив в брак, поступив в некое учебное заведение или уйдя в армию; возможно также, что пациент будет объективно не в состоянии обеспечить финансовые и временные затраты на последующие сеансы. По личным или профессиональным причинам может уехать и психотерапевт, а проходя обучение, он может завершить стажировку или перейти в другое отделение учреждения.

Хотя вынужденное завершение не сводит автоматически к нулю наработки предшествующих этапов, необходимо особо позаботиться о том, чтобы оно не повлекло за собой нежелательные последствия. Заключительная фаза психотерапевтического курса, который необходимо досрочно завершить, как и заключительная фаза при естественном завершении психотерапии, должна быть посвящена подведению итогов, ликвидации переноса и акцентированию реальных отношений, а также укреплению способности пациента к поддержанию достигнутого улучшения в состоянии и его развитию. Кроме того, на заключительном этапе психотерапии необходимо проанализировать, какие из намеченных целей были практически реализованы, а какие нет, и объективно рассмотреть планы пациента на будущее, обратив особое внимание на использование им в своей жизни результатов психотерапии и возможности в дальнейшем продолжить психотерапию. Конкретные методы завершения психотерапии, обусловленного внешними обстоятельствами, зависят от того, по чьей вине, пациента или психотерапевта, необходимо прекратить лечение. Поэтому эти два варианта рассматриваются отдельно.

Завершение психотерапии, обусловленное обстоятельствами в жизни пациента

Если пациент утверждает, что после определенного числа он будет не в состоянии продолжить посещение психотерапевта, психотерапевт прежде всего должен понять, отражает это утверждение реальное положение вещей или оно представляет собой проявление сопротивления. Если за решением завершить психотерапию, принятом в одностороннем порядке, кроется сопротивление, необходимо всеми силами попытаться помочь пациенту осознать мотивы своего решения и отговорить его от поспешного поступка. Однако если внешние обстоятельства серьезно затрудняют или делают невозможным продолжение психотерапии после определенного момента, необходимо начать подготовку к завершению психотерапевтической работы, даже если на данном этапе при других условиях завершение психотерапии было бы нецелесообразным.

Для осуществления досрочного перехода на заключительную фазу психотерапии психотерапевт может сказать приблизительно следующее: «Поскольку вы уезжаете, у нас в запасе остается всего два месяца, поэтому мы должны обсудить проделанную работу и то, что нам не удалось довести до конца». Этой вводной фразой психотерапевт инициирует подведение итогов и побуждает пациента сосредоточиться на проблемах и переживаниях, требующих, по его мнению, дальнейшей проработки.

Привлекая внимание пациента к неоконченным делам, психотерапевт должен избегать углубления в новые проблемы, которые в оставшееся время не могут быть в достаточной мере проработаны. Психотерапевт окажет плохую услугу, если позволит пациенту уйти с наполовину разрешенными проблемами. Предложив оценить проделанную работу, психотерапевт должен сосредоточиться именно на подведении итогов, уводя пациента от новых тем, требующих исследования с самого начала.

С этой целью на заключительной фазе психотерапии при вынужденном завершении психотерапевт должен изменить слабо структурированный подход, с помо-

щью которого он ранее побуждал пациента к свободным ассоциациям, на подход более целенаправленный. Не пытаясь обнаружить новые сферы затруднений, психотерапевт должен на уровне реальных отношений количественно и качественно оценить достигнутое в ходе совместной работы и указать на нереализованные цели. Психотерапевт также должен обсудить с пациентом его планы на будущее и сообщить ему о том, как психотерапия может повлиять на его дальнейшую жизнь, например:

> За время нашей совместной работы вы смогли преодолеть многие внутренние барьеры, и одно из свидетельств ваших успехов — повышение в должности, явившееся причиной вашего переезда в другой город. Однако мы также выяснили, что вы склонны сомневаться в собственных силах, столкнувшись с новой или трудной задачей; нам не хватило времени на то, чтобы как следует проработать эту проблему. Итак, вы должны помнить, что на новой работе вы сначала почувствуете неуверенность в себе. Постарайтесь не допустить, чтобы эта неуверенность помешала вашей работе.

Такой совет может показаться слишком поверхностным или излишним, не способным защитить пациента от невротических переживаний. Возможно, так оно и есть, если предыдущая психотерапевтическая работа не принесла существенных плодов. Однако, если ранее пациент имел возможность лучше узнать себя и усвоить навыки самопознания, есть все основания ожидать, что он использует прощальный совет психотерапевта для поддержания и развития достигнутых ранее позитивных результатов. Если пациенты, окончившие психотерапию естественным образом, должны развивать свои успехи, достигнутые в процессе психотерапии, то пациенты, вынужденные преждевременно завершить психотерапию, должны быть в состоянии по окончании психотерапии самостоятельно двигаться к психотерапевтическим целям, руководствуясь определенными наставлениями психотерапевта.

Рассмотрение возможности дальнейшего прохождения психотерапии

При обсуждении с пациентом, вынужденным прервать психотерапию, его планов очень важно указать на желательность продолжения лечения на новом месте или когда-либо в будущем. Оценка необходимости дальнейшей психотерапии зависит от тех же факторов, что и первичная диагностика, а том числе и от того, насколько пациент нуждается в помощи и от вероятности получения такой помощи при психотерапии (см. главу 5). Если пациент и психотерапевт согласны с тем, что психотерапию следует продолжить либо с другим психотерапевтом в другом месте, либо с тем же психотерапевтом после неизбежного перерыва, психотерапевт должен несколько менее тщательно анализировать проделанную работу и несколько менее акцентировать реальные отношения.

Что касается предыдущих достижений, на заключительной фазе подведения итогов психотерапии может быть перекрыт доступ к тем сферам, которые должны оставаться в зоне досягаемости для дальнейшей психотерапевтической работы. Приведенный выше пример, в котором психотерапевт указывает пациенту на его склонность к внутренним сомнениям, иллюстрирует процедуру, ценную главным образом в ситуации, когда дальнейшая психотерапия не предвидится. В то же

время чаще всего пациенту проносит больше пользы активное участие в процессе самопознания, а не разъяснение ситуации психотерапевтом. Поэтому при завершении работы с пациентами, предполагающими в ближайшем будущем продолжить психотерапию, не следует злоупотреблять советами, касающимися преодоления возможных проблем в будущем, поскольку эти вопросы должны естественным образом возникнуть при последующей психотерапии и рассматриваться вне зависимости от суждений, вынесенных ранее.

Что касается психотерапевтических отношений, подчеркивание реальности на завершающем этапе работы с пациентом, который продолжит психотерапию, ставит под угрозу позицию следующего психотерапевта. Являясь взаимными, реальные отношения по существу приносят больше удовлетворения, чем асимметричный рабочий альянс, с которым пациент смиряется ради того, чтобы лучше узнать самого себя. Если пациент преодолел среднюю фазу с ее акцентом на рабочем альянсе и обеспечением переноса и перешел на заключительный этап с его акцентом на реальных отношениях и избавлении от переноса, ему будет очень трудно вернуться к асимметричным отношениям. Психотерапевт, который пытается возобновить психотерапию с пациентом, недавно завершившим заключительную фазу психотерапии, в условиях, когда на первый план вышли реальные отношения, может показаться пациенту жестким, равнодушным, отстраненным; при этом возникает невыгодное для психотерапевта сравнение с с предыдущим психотерапевтом, запомнившимся на заключительной фазе своей теплотой, активностью, личной открытостью.

По этой причине психотерапевту, завершающему работу с пациентами, которые вскоре возобновят лечение, необходимо воздерживаться от чрезмерной вовлеченности в качестве реального объекта, если он, конечно, не хочет поставить на пути своего последователя непреодолимое препятствие. В то же время психотерапевт должен прилагать максимум усилий, чтобы ослабить эмоциональную реакцию переноса пациента, предотвращая тем самым ее появление при последующей психотерапии в качестве источника изначального сопротивления. Таким образом, в идеале пациент, который вынужден завершить психотерапию, но вскоре ее возобновит с другим психотерапевтом, должен преодолеть реакции переноса на своего первого психотерапевта, не переходя к взаимодействию с ним как с преимущественно реальным объектом. Чем в большей мере заключительная фаза отвечает этим двум условиям, тем лучше перспективы пациента на эффективное участие в психотерапии со вторым психотерапевтом и извлечение из нее пользы.

Завершение психотерапии, обусловленное обстоятельствами в жизни психотерапевта

Хотя в частной практике вынужденное завершение психотерапии чаще всего связано с обстоятельствами в жизни пациента, есть множество ситуаций, когда окончание психотерапии из-за психотерапевта — типичное явление. Наиболее примечательны в этом плане центры клинической подготовки, в которых психотерапию под руководством штатных супервизоров проводят стажеры, покидающие центр по окончании своей подготовки. Мобильность достаточно высока даже в среде

практикующих клиницистов, занимающих преподавательские должности и работающих в медицинских учреждениях, что обусловливает частое прерывание психотерапевтических отношений по вине психотерапевта.

Подготавливая завершение психотерапии в связи с обстоятельствами в собственной жизни, психотерапевт, как и в других психотерапевтических ситуациях, должен стараться помочь пациенту проработать до конца затронутые ранее вопросы, разрешить проблему переноса и составить план на будущее. Из всех этих задач наибольшие затруднения, как правило, вызывает избавление от переноса, поскольку завершение психотерапии по вине психотерапевта неизбежно влечет за собой негативную реакцию пациента. Предотвратить восприятие пациентом расторжения психотерапевтических отношений по вине психотерапевта как проявление жестокости и отвержения практически невозможно. Какими бы рациональными, понятными пациент ни считал действия психотерапевта с точки зрения самого психотерапевта, с точки зрения пациента они все-таки представляют собой завершение психотерапии по воле психотерапевта. Интеллектуально отлично понимая предлагаемые психотерапевтом объяснения необходимости завершить психотерапию, эмоционально пациент будет убежден: «Если бы я не был вам безразличен, вы бы меня не бросили»[7].

Это чувство пациента небеспочвенно. Психотерапевт, действительно заинтересованный в продолжении работы с пациентом, ради продолжения психотерапии отклонил бы предложение о новой работе, отказался бы от перехода в другое отделение и от любых других изменений в своих планах. Однако внесение изменений в свою личную и профессиональную жизнь с целью предотвращения разрыва психотерапевтических отношений — нереалистично и не входит в обязательства, налагаемые психотерапевтическим контрактом. Не позволяя чувству вины или позитивному противопереносу вовлечь себя в продолжение психотерапии ценой серьезных личных потерь, психотерапевт все же должен обращать внимание на три момента, связанные с неизбежной негативной реакцией на свой уход.

Во-первых, психотерапевт должен убедиться в том, что реакция пациента на его уход была словесно выражена и проанализирована. Все попытки разрешения проблемы переноса перед завершением психотерапии будут бессмысленны, если пациент не выразит свой гнев на оставляющего его психотерапевта. Часто пациенты проявляют гнев достаточно открыто, чтобы психотерапевт смог его быстро распознать и справиться с ним так же, как и с другими проявлениями переноса. Если пациент никак не проявляет своих эмоций по поводу ухода психотерапевта, его необходимо специально об этом спросить: «Что вы думаете о моем уходе через несколько недель? Не испытываете ли вы какие-нибудь чувства по этому поводу?» Если это замечание не приводит к выражению эмоций, психотерапевт должен пойти дальше: «Вероятно, вы что-то чувствуете из-за моего ухода, я думаю, было бы полезно об этом поговорить».

Такая прямота оправдана неизбежностью существования у пациента определенных чувств в связи с прекращением психотерапии по вине психотерапевта и важностью выражения этих чувств, даже если для этого психотерапевту приходится задавать наводящие вопросы. Если подобные чувства словесно выражены, пациенту можно помочь осознать их обусловленность переносом и снизить их ин-

тенсивность до уровня обычного огорчения из-за грядущего расставания. Если же чувства не обсуждены с психотерапевтом, мучительные воспоминания могут в дальнейшем помешать пациенту поддерживать и развивать достигнутое в ходе психотерапии и затруднить работу с другим психотерапевтом.

Во-вторых, психотерапевт должен уведомить пациента о необходимости завершения психотерапии как можно раньше, чтобы успеть проработать его негативную реакцию. Иногда психотерапевт заранее знает, что время лечения его пациент ограничено; в этом случае временные рамки необходимо обсудить в процессе заключения психотерапевтического контракта. Например, психотерапевт, намеревающийся работать в определенной клинике в течение лишь одного года, должен уведомить каждого своего пациента о том, сколько именно месяцев он будет занимать свою должность, и оценить возможность удовлетворения нужд пациента в указанный срок. Если хотя бы одна сторона полагает, что психотерапевтическая работа за этот период не может быть выполнена, необходимо направить пациента к психотерапевту, менее ограниченному во времени.

Иногда обстоятельства, заставляющие психотерапевта прервать свою работу, возникают в процессе лечения, оказываются непредвиденными; тогда психотерапевту следует сообщить пациенту о своих планах, как только они станут определенными. Исключением из этого правила является лишь ситуация, когда есть все основания надеяться на то, что психотерапия естественным образом подойдет к концу до момента ожидаемого ухода психотерапевта. Например, психотерапевт, узнавший о необходимости покинуть своих пациентов через восемь месяцев, может не уведомлять об этом обстоятельстве пациента, который находится на заключительной фазе психотерапевтического курса при наличии согласованной даты окончания психотерапии через один месяц. Аналогично этому, психотерапевт, начинающий проходить годичную стажировку в клинике, может не упоминать об этом временном ограничении пациента, появившимся у него в начале года и нуждающимся в краткосрочной поддерживающей психотерапии.

В-третьих, проявляя уважительное отношение к пациенту как к человеку и обеспечивая реальные отношения, психотерапевт должен откровенно сообщать о причинах завершения психотерапии. «Откровенность» не означает, что психотерапевт обязан рассказывать обо всех обстоятельствах, определивших его переход на другую работу, однако это означает предоставление честного, разумного объяснения грядущих изменений.

> Я должен сообщить вам об изменениях в моей жизни, которые затронут нашу совместную работу. Я принял предложение о работе в [название города], начиная с первого июля, то есть здесь я буду вести прием лишь до июня. Это означает, что на психотерапевтическую работу у нас есть еще шесть месяцев, затем мы будем вынуждены остановиться.

Хотя пациенты по-разному реагируют на подобные уведомления, рано или поздно их реакция затрагивает все три компонента психотерапевтических отношений: перенос, реальные отношения и рабочий альянс. В связи с переносом, узнав о том, что психотерапевт его покинет, пациент может испытать гнев или глубокое уныние. При этом открыто или косвенно пациент будет проявлять свою

убежденность в том, что психотерапевт — коварный лицемер, бессердечно покидающий его в поисках большей выгоды, или что он сам, пациент, жалкое существо, неспособное никого заинтересовать, обреченное на отвержение и разочарования. Задача психотерапевта в этой ситуации — вывести пациента из заблуждений, объяснив истинные мотивы своего ухода, и тем самым ослабить реакцию переноса.

На уровне реальных отношений пациенты проявляют интерес к планам психотерапевта, расспрашивают его о подробностях сложившейся ситуации: что за новая работа у психотерапевта, где она находится, как психотерапевт принял предложение уйти, с какими пациентами он будет работать и т. д. Объем предоставляемой информации в ответ на эти вопросы зависит от представлений психотерапевта об оптимальном соотношении переноса и реальных отношений. Чем ближе психотерапия к концу и чем важнее развитие реальных отношений, тем более открыто и подробно психотерапевт должен рассказывать о своих планах на будущее в приемлемых для него рамках психотерапевтического контракта. Если работа с определенным пациентом наводит психотерапевта на мысль о необходимости осторожного сообщения о своих планах, он все же должен проинформировать пациент о причинах завершения психотерапии и объяснить это завершение обстоятельствами собственной жизни, а не поведением пациента.

В рамках рабочего альянса сообщение психотерапевта о необходимости окончания лечения обычно вызывает множество вопросов об оставшейся части психотерапевтического курса: достаточно ли времени, чтобы завершить лечение, как максимально эффективно использовать оставшееся время, что следует предпринять, если необходима дополнительная помощь и т. д. На большинство подобных вопросов можно ответить, руководствуясь принципами завершения психотерапии, рассмотренными в начале этой главы. Однако необходимо уделить особое внимание тому, чтобы помочь пациенту спланировать дальнейшее лечение, если его потребность в помощи не может быть удовлетворена в оставшиеся сроки работы психотерапевта.

Психотерапевт должен снабдить пациента, желающего продолжить психотерапию, списком рекомендуемых психотерапевтов. В этот список лучше включать более одной кандидатуры, чтобы уберечь второго психотерапевта от груза ответственности положения первого человека, названного психотерапевтом своим преемником. Если пациента передать второму психотерапевту «из рук в руки», пациент может затаить возмущение, поскольку он не принял участие в выборе нового психотерапевта; пациент может прийти к новому психотерапевту с завышенными ожиданиями: так как второй психотерапевт был выбран преемником из множества других специалистов, он сможет сотворить чудо, быстро и успешно завершив психотерапию; и если по каким-то причинам пациенту не удастся состыковать графики работы с новым психотерапевтом или если пациенту будет трудно наладить с ним отношения, ему будет больше не к кому обратиться.

В связи со всем вышесказанным, пациенту, столкнувшемуся с необходимостью завершить психотерапию, следует назвать по крайней мере две-три фамилии психотерапевтов, которые могли бы продолжить лечение. Кроме того, необходимо учесть личностные особенности и специфику клиентуры рекомендуемого психо-

терапевта, чтобы свести к минимуму вероятность его личной несовместимости с пациентом. Психотерапевт также должен убедиться в том, что предложенные им специалисты могут выделить время на нового пациента. Таким образом, у пациента окажется список из фамилий нескольких психотерапевтов, каждый из которых имеет навыки работы с подобным контингентом и может включить пациента в свой график работы; при этом у пациента появляется возможность выбрать, к кому из психотерапевтов обратиться сначала.

Пациент, получивший подобный список, может поинтересоваться у психотерапевта, кого из этих специалистов тот порекомендовал бы в первую очередь; в этом случае психотерапевт должен просто подчеркнуть, что все рекомендуемые им лица компетентны и могут принять нового пациента. Пациент при этом волен выбрать психотерапевта, руководствуясь любым критерием: идя по алфавиту, бросив монетку или как-то иначе. Таким образом, пациент сам осуществляет выбор; он не считает никого из списка самым лучшим; и он имеет равноценные альтернативы, если ему не удастся наладить отношения с первым выбранным психотерапевтом.

При поддерживающей терапии психотерапевт, вынужденный покинуть пациента, должен быть несколько более директивен при определении своих возможных преемников. Если, к примеру, в качестве мер поддержки допускается зависимая позиция пациента или если личностных ресурсов пациента недостаточно, чтобы выбрать нового психотерапевта и согласовать с ним условия работы, психотерапевт может назвать конкретного преемника и даже организовать для пациента первую встречу с ним. В клиниках и больницах, в которых происходит постоянная смена стажеров, при поддерживающей работе с дезадаптированными, имеющими серьезные психические нарушения людьми имеет смысл приглашать следующего психотерапевта на один из сеансов, чтобы познакомить его с пациентом[8].

Остается упомянуть еще о ситуациях, когда пациенты, оставленные психотерапевтом, пытаются наладить с ним контакт через письма или телефонные звонки. Хотя такие попытки сохранить отношения с психотерапевтом могут иметь место при любой форме завершения психотерапии, понятно, что они характерны для ситуаций прерывания психотерапевтом работы с неподготовленным к расставанию пациентом. Психотерапевт, которому пациент звонит или шлет письма, должен постараться сохранить уровень реальных отношений, на котором были завершены сеансы с этим пациентом. Он не должен допускать собственного вовлечения в исследование проблем пациента, если не хочет препятствовать работе пациента с новым психотерапевтом, или затрагивать вопросы, в разрешении которых он не может помочь. В то же время если психотерапевт не хочет обольщать пациента или заставлять его искать подтекст в предыдущих отношениях, он не должен демонстрировать личную вовлеченность, будто теперь он дает волю чувствам, которые раньше он был вынужден скрывать в связи с требованиями рабочего альянса. Таким образом, сохранив стиль общения заключительной фазы психотерапии, психотерапевт должен воплощать реальный объект, в не объект переноса, избегая при этом личной вовлеченности, которая может означать наличие неизжитого противопереноса.

Примечания

1 О том, что благоприятные результаты психотерапии получают развитие по окончании лечения, свидетельствует в основном клинический опыт: «Для некоторых пациентов психотерапия как процесс непрерывного психологического изменения и созревания может начаться только после формального завершения психотерапевтического курса» (Kubie, 1973). Однако в этой связи заслуживают упоминания два исследования личностного функционирования пациентов по окончании психотерапии. В одном из этих исследований (Schramski, Beutler, Lauver, & Arizmendi, 1984) через 6 месяцев после завершения психотерапии пациентам предлагался ряд методик самоотчета; выяснилось, что большинство пациентов сохранили или развили успехи, достигнутые в процессе психотерапии. Вайнер и Экснер (Weiner & Exner, 1991) использовали метод чернильных пятен Роршаха с психотерапевтическими пациентами в начале лечения и 12, 30, 48 месяцев спустя. В целом в этот период по множеству показателей адаптации у пациентов наблюдалось стойкое и существенное улучшение состояния, которое имело место даже значительное время спустя после того, как практически все эти пациенты завершили психотерапевтический курс.

2 Как отмечалось в главе 10, когда речь шла о предрасположенности к переносу, пациенты различаются по интенсивности своего участия в психотерапии при одной и той же частоте сеансов. Так, довольно экспрессивный пациент при посещении психотерапевта один раз в неделю может участвовать в более интенсивной психотерапии, чем сравнительно замкнутый пациент при частоте сеансов два раза в неделю. Однако в целом есть основания ожидать, что чем чаще пациент встречается с психотерапевтом, тем интенсивнее и продолжительнее будет психотерапия.

3 Первым основания для использования психотерапии, ограниченной во времени, и ее методы рассмотрел Манн (Mann, 1973). Исследования, демонстрирующие позитивное влияние временных ограничений в форме повышения темпов изменений при психотерапии описывают следующие авторы: Eckert, 1993; Reynolds et al., 1996.

4 Тщательно продуманные, признанные большинством специалистов методы динамически ориентированной краткосрочной экспрессивной психотерапии описываются в книгах следующих авторов: Davanloo, 1980; Della Silva, 1996; Malan, 1976; Sifneos, 1987; Strupp & Binder, 1984. Общий обзор этих методов можно найти в работах Bauer & Kobos, 1987; Bloom, 1997; Crits-Christoph & Barber, 1991; Groves, 1996; Messer & Warren, 1995; Wells & Gianetti, 1990.

5 Исследования, доказывающие связь между недостаточно сформированным рабочим альянсом и риском отказа пациента от психотерапии на ее ранних этапах, приводят следующие авторы: Beckham, 1992; Tryon & Kane, 1993. Данные другого автора (Hynan, 1990) свидетельствуют о том, что пациенты, бросившие психотерапию позже, обычно позитивно вовлечены в психо-

терапевтические отношения, однако решают их прервать, достигнув удовлетворяющих их результатов.

6 О роли пациента и психотерапевта в инициировании завершающей фазы психотерапии пишут следующие авторы: Blum, 1989; Kramer, 1988; P. Tyson, 1996.

7 Проблемы, связанные с завершением психотерапии по вине психотерапевта, и клинические случаи, иллюстрирующие негативную реакцию пациентов на уход психотерапевта, рассматривают Dewald, 1965; Glick, 1987; Martinez, 1989; Penn, 1990.

8 Проблемы и методы передачи пациента другому психотерапевту в условиях практической подготовки психотерапевта обсуждают Bostick, Shadid, & Blotcky, 1996; Sederer, 1975.

Литература

Abend, S. M. (1989). Countertransference and psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Quarterly, 58,* 374–395.
Abend, S. M. (1993). An inquiry into the fate of the transference in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 41,* 621–651.
Abt, L. E., & Weissman, S. L. (Eds.). (1965). *Acting out: Theoretical and clinical aspects.* New York: Grune and Stratton.
Acosta, F. X., Yamamoto, J., & Evans, L. A. (1982). *Effective psychotherapy for low-income and minority patients.* New York: Plenum Press.
Addis, M. E. (1997). Evaluating the treatment manual as a means of disseminating empirically validated psychotherapies. *Clinical Psychology, 4,* 1–11.
Akhtar, S. (1992). *Broken structures: Severe personality disorders and their treatment.* Northvale, NJ: Aronson.
Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy.* New York: Ronald Press.
Allison, K. W., Echemendia, R. J., Crawford, I., & Robinson, W. L. (1996). Predicting cultural competence: Implications for practice and training. *Professional Psychology, 27,* 386–393.
Allport, G. W. (1937). The functional autonomy of motives. *American Journal of Psychology, 50,* 141–156.
American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 47,* 1597–1611.
Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 15,* 503–514.
Aponte, J. F., Rivers, R. Y., & Wohl, J. (Eds.). (1995). *Psychological interventions and cultural diversity.* Boston: Allyn & Bacon.
Arnkoff, D. B., Victor, B. J., & Glass, C. R. (1993). Empirical research on factors in psychotherapeutic change. In G. Stricker & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (p. 27–42). New York: Plenum Press.
Austad, C. S., & Berman, W. H. (Eds.). (1991). *Psychotherapy in managed care.* Washington, DC: American Psychological Association.
Barber, J. P., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 619–622.
Barron, J. W., Eagle, M. N., & Wolitzky, D. L. (Eds.). (1992). *Interface of psychoanalysis and psychology.* Washington, DC: American Psychological Association.

Barron, J. W., & Sands, H. (1996). *Impact of managed care on psychodynamic treatment*. Madison, CT: International Universities Press.
Bauer, G. P. (1989). Use of transference in the here and now: Patient and therapist resistance. *Psychotherapy, 26,* 112–119.
Bauer, G. P., & Mills, J. A. (1987). *Brief therapy: Short-term psychodynamic intervention*. Northvale, NJ: Aronson.
Beckham, E. E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy, 29,* 177–182.
Beitman, B. D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford Press.
Beitman, B. D. (1992). Integration through fundamental similarities and some useful differences among the schools. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (p. 202–230). New York: Basic Books.
Beitman, B. D., Goldfried, M. R., & Norcross, J. C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry, 146,*138–147.
Beres, D. (1995). Conflict. In B. E. Moore & B. D. Fine (Eds.), *Psychoanalysis: The major concepts* (p. 477–484). New Haven, CT: Yale University Press.
Berger, D. M. (1987). *Clinical empathy*. Northvale, NJ: Aronson.
Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (Eds.). (1994a). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (19940). Overview, trends, and future issues. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 821–830). New York: Wiley.
Berman, J. S., & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin, 98,* 401–406.
Bersoff, D. N. (1995). *Ethical conflicts in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology,* 4, 44–52.
Beutler, L. E., & Clarkin, J. K (1990). *Systematic treatment selection*. New York: *Brunner/Mazel.*
Beutler, L. E., & Kendall, P. C. (1995). Introduction to the special section: The case for training in the provision of psychological therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 179–181.
Beutler, L. E., Machado, P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy research and behavior change* (4th ed., p. 229–269). New York: Wiley.
Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 2,* 745–770.
Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). «Negative process»: A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology, 4,* 121–139.
Bischoff, M. M., & Tracey, T. J. (1995). Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology, 42,* 487–495.
Blanck, G., & Blanck, R. (1994). *Ego psychology: Theory and practice* (2nd ed.). New York: Columbia University Press.
Blanton, S. (1971). *Diary of my analysis with Sigmund Freud*. New York: Hawthorne Books.
Blatt, S. J., & Felsen, I. (1993). Different kinds of folks may need different kinds of strokes: The effect of patients' characteristics on therapeutic change and outcome. *Psychotherapy Research, 3,* 245–259.
Blatt, S. J., & Lerner, H. (1991). Psychodynamic perspectives on personality theory. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (2nd ed., p. 147–169). New York: Pergamon Press.
Bloom, B. L. (1997), *Planned short-term psychotherapy* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Blum, H. P. (1989). The concept of termination and the evolution of psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 37,* 275–295.
Blum, H. P. (1991). Sadomasochism in the psychoanalytic process, within and beyond the pleasure principle. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 39,* 431–450.
Blum, H. P., & Goodman, W. H. (1995). Countertransference. In B. E. Moore & B. D. Fine (Eds.), *Psychoanalysis: The major concepts* (p. 121–129). New Haven, CT: Yale University Press.
Boesky, D. (1982). Acting out. *International Journal of Psycho-Analysis, 63,* 39–55.
Boesky, D. (1990). The psychoanalytic process and its components. *Psychoanalytic Quarterly, 59,* 550–584.
Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). *Empathy reconsidered.* Washington, DC: *American Psychological Association.*
Bolter, K., Levenson, H., & Alvarez, W. (1990). Differences in values between short-term and long-term therapists. *Professional Psychology, 21,* 285–290.
Bongar, B., & Beutler, L. E. (Eds.). (1995). *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice.* New York: Oxford University Press.
Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16,* 252–260.
Bordin, E. S. *(1994). Theory and research on the therapeutic working alliance:* New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance* (p. 13–37). New York: Wiley.
Borys, D. S., & Pope, K. S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology, 20,* 283–293.
Bostic, J. Q., Shadid, L. G., & Blotcky, M. J. (1996). Our time is up: Forced terminations during psychotherapy training. *American Journal of Psychotherapy, 50,* 347–359.
Bowers, K., & Meichenbaum, D. (Eds.). (1984). *The unconscious revisited.* New York: Wiley.
Brenner, C. (1959). The masochistic character. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 7,* 197–226.
Brenner, C. (1982). *The mind in conflict.* New York: International Universities Press.
Brenner, C. (1987). Working through: 1914–1984. *Psychoanalytic Quarterly, 56,* 88–108.
Brenner, C. (1996). Psychoanalytic theory of symptom formation and pathological character formation. In E. Nessarian & R. G. Kopff (Eds.), *Textbook of psychoanalysis* (p. 171–187). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Breuer, J., & Freud, S. (1955). Studies on hysteria. *Standard Edition* (Vol. 2, p. 1–319). London: Hogarth Press. (Original work published 1893–1895)
Brody, E. M., & Farber, B. A. (1996). The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy, 33,* 372–380.
Buckley, P., Karasu, T. B., & Charles, E. (1979). Common mistakes in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 136,* 1578–1580.
Budman, S. H., & Gurman, A. S. (1983). The practice of brief therapy. *Professional Psychology, 14,* 277–292.
Burlingame, G. M., Fuhriman, A., Paul, S., & Ogles, B. M. (1989). Implementing a time-limited therapy program: Differential effects of training and experience. *Psychotherapy, 26,* 303–313.
Busch, F. (1995). *The ego at the center of clinical technique.* Northvale, NJ: Aronson.
Busch, F. (1996). The ego and its significance in analytic interventions. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 44,* 1073–1099.
Butcher, J. N. (1990). *The use of the MMPI–2 in treatment planning.* New York: Oxford University Press.
Canavan-Gumpert, D., Garner, K., & Gumpert, P. (1978). *The success-fearing personality.* Lexington, MA: Lexington Books.
Carter, R. T. (1995). *The influence of race and racial identity in psychotherapy.* New York: Wiley.
Casas, J. M. (1995). Counseling and psychotherapy with racial/ethnic minority groups in theory and practice. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy* (p. 311–335). New York: Oxford University Press.

Castelnuovo-Tedesco, P. (1989). The fear of change and its consequences in analysis and psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry, 9,* 101–118.
Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1994). Psychotherapy integration: An idea whose time has come. *Applied and Preventive Psychology, 3,* 159–172.
Cavenar, J. O., & Werman, D. S. (1983). The sex of the psychotherapists. *American Journal of Psychiatry, 140,* 85–87.
Chessick, R. D. (1971). *Why psychotherapists fail.* New York: Science House.
Chessick, R. D. (1983). *Intensive psychotherapy of the borderline patient.* Northvale, NJ: Aronson.
Chessick, R. D. (1994). What brings about change in psychoanalytic treatment? *Psychoanalytic Review, 81,* 279–300.
Chisholm, S. M., Crowther, J. H., & Ben-Porath, Y. (1997). Selected MMPI–2 scales' ability to predict premature termination and outcome from psychotherapy. *Journal of Personality Assessment, 69,* 127–144.
Chodoff, P. (1996). Ethical dimensions of psychotherapy: A personal perspective. *American Journal of Psychotherapy, 50,* 298–310.
Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1994). *Who (or what) can do psychotherapy:* The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science, 5,* 8–14.
Clark, M. M. (1988). Personal therapy: A review of empirical research. *Professional Psychology, 17,* 541–543.
Colson, D. B., Eyman, J. R., & Coyne, L. (1994). Rorschach correlates of treatment difficulty and of the therapeutic alliance in psychotherapy with female psychiatric hospital patients. *Bulletin of the Menninger Clinic, 58,* 393–398.
Comas-Diaz, L., & Greene, B. (1994). *Women of color: Integrating ethnic and gender identities in psychotherapy.* New York: Guilford Press.
Comas-Diaz, L., & Jacobsen, F. M. (1991). Ethnocultural transference and coun-tertransference in the therapeutic dyad. *American Journal of Orthopsychiatry, 61,* 392–402.
Conigliaro, V. (1997). *Dreams as a tool in psychodynamic psychotherapy.* New York: *International Universities Press.*
Conte, H. R., Plutchik, R., Picard, S., & Karasu, T. B. (1989). Ethics in the practice of psychotherapy: A survey. *American Journal of Psychotherapy, 43,* 32–42.
Cooper, A. M. (1987a). Changes in psychoanalytic ideas: Transference interpretation. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 35,* 77–98.
Cooper, A. M. (1987b). The transference neurosis: A concept ready for retirement. *Psychoanalytic Inquiry, 7,* 569–585.
Cooper, S. H. (1992). The empirical study of defensive processes: A review. In J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (p. 327–346). Washington, DC: American Psychological Association.
Coster, J. S., & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology, 28,* 5–13.
Coursey, R. D., Keller, A. B., & Farrell, E. W. (1995). Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: The client's perspective. *Schizophrenia Bulletin, 21,* 283–301.
Craig, R. J. (Ed.). (1989). *Clinical and diagnostic interviewing.* Northvale, NJ: Aronson.
Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 149,* 151–158.
Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1,* 81–91.
Crits-Christoph, P., & Barber, J. P. (Eds.). (1991). *Handbook of short-term dynamic psychotherapy.* New York: Basic Books.
Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Kurcias, J. S. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research, 3,* 25–35.

Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 490–495.

Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., Weiss, J., & Rosenberg, S. E. (1988). Developing reliable psychodynamic case formulations: An illustration of the plan diagnosis method. *Psychotherapy, 25,* 256–265.

Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy.* New York: Aronson.

Della Silva, P. C. (1996). *Intensive short-term dynamic psychotherapy.* New York: Wiley.

Dewald, P. A. (1965). Reactions to the forced termination of therapy. *Psychiatric Quarterly, 39,* 102–126.

Dewald, P. A. (1967). Therapeutic evaluation and potential: The dynamic point of view. *Comprehensive Psychiatry, 8,* 284–298.

Dewald, P. A. (1971). *Psychotherapy: A dynamic approach* (2nd ed.). New York: Basic Books.

Dewald, P. A. (1980). The handling of resistances in adult psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis, 61,* 61–69.

Dewald, P. A. (1982). Psychoanalytic perspectives on resistance. In P. Wachtel (Ed.), *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches* (p. 45–68). New York: Plenum Press.

Dewald, P. A. (1996). The psychoanalytic therapies. In E. Nessarian & R. G. Kopff (Eds.), *Textbook of psychoanalysis* (p. 455–483). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Dobson, K. S. (Ed.). (1988). *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* New York: *Guilford Press.*

Dowling, C. (Ed.). (1991). *Conflict and compromise: Therapeutic implications.* Madison, CT: International Universities Press.

Durlak, J. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin, 86,* 80–92.

Eckert, P. A. (1993). Acceleration of change: Catalysts in brief therapy. *Clinical Psychology Review, 13,* 241–253.

Eckert, P. A., Abeles, N., & Graham, R. N. (1988). Symptom severity, psychotherapy process, and outcome. *Professional Psychology, 19,* 560–564.

Eels, T. D. (Ed.). (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation.* New York: *Guilford Press.*

Ellman, S. J. (1991). *Freud's technique papers.* Northvale, NJ: Aronson.

Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist, 49,* 709–724.

Faulkner, K. K., & Faulkner, T. A. (1997). Managing multiple relationships in rural communities: Neutrality and boundary violations. *Clinical Psychology, 4,* 225–234.

Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique.* New York: Psychoanalytic Quarterly.

Fenichel, O. (1945a). *The psychoanalytic theory of neurosis.* New York: Norton.

Fenichel, O. (1945b). Neurotic acting out. *Psychoanalytic Review, 32,* 197–206.

Fialkow, N. J., & Muslin, H. L. (1987). Working through: A cornerstone of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 41,* 443–452.

Finn, S. E. (1996). Assessment feedback integrating MMPI–2 and Rorschach findings. *Journal of Personality Assessment, 67,* 543–557.

Frances, E., Clarkin, M., & Perry, S. P. (1984). *Differential therapeutics in psychiatry: The art and science of treatment selection.* New York: Brunner/Mazel.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Freedheim, D. S. (Ed.). (1992). *History of psychotherapy: A century of change.* Washington, DC: American Psychological Association.

Fremont, S. K., & Anderson, W. (1988). Investigation of factors involved in therapists' annoyance with clients. *Professional Psychology, 19,* 330–335.

Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defense.* New York: International Universities Press. (Original work published 1936)

Freud, S. (1953a). Fragment of an analysis of a case of hysteria. *Standard edition* (Vol. 7, p. 7–122). London: Hogarth Press. (Original work published 1905)

Freud, S. (1953b). Freud's psycho-analytic procedure. *Standard edition* (Vol. 7, p. 249–254). London: Hogarth Press. (Original work published 1904b)

Freud, S. (1953c). The interpretation of dreams. *Standard edition* (Vol. 4–5). London: Hogarth Press. (Original work published 1900)

Freud, S. (1953d). On psychotherapy. *Standard edition* (Vol. 7, p. 257–268). London: Hogarth Press. (Original work published 1904a)

Freud, S. (1957a). The future prospects of psycho-analytic therapy. *Standard edition* (Vol. 11, p. 141–151). London: Hogarth Press. (Original work published 1910b)

Freud, S. (1957b). On the history of the psycho-analytic movement. *Standard edition* (Vol. 14, p. 66). London: Hogarth. (Original work published 1914)

Freud, S. (1957c). Some character types met with in psychoanalytic work. *Standard edition* (Vol. 14, p. 311–333). London: Hogarth Press. (Original work published 1916)

Freud, S. (1957d). «Wild» psycho-analysis. *Standard edition* (Vol. 11, p. 221–227). London: Hogarth Press. (Original work published 1910a)

Freud, S. (1958a). On beginning the treatment (further recommendations on the technique of psycho-analysis-I). *Standard edition* (Vol. 12, p. 123–144). London: Hogarth Press. (Original work published 1913)

Freud, S. (1958b). The dynamics of transference. *Standard edition* (Vol. 12, p. 99–108). London: Hogarth Press. (Original work published 1912)

Freud, S. (1958c). The handling of dream interpretations in psycho-analysis. *Standard edition* (Vol. 12, p. 81–96). London: Hogarth Press. (Original work published 1911)

Freud, S. (1958d). Observations on transference-love (further recommendations on the technique of psychoanalysis-III). *Standard edition* (Vol. 12, p. 159–171). London: Hogarth Press. (Original work published 1915)

Freud, S. (1958e). Remembering, repeating, and working through. *Standard edition* (Vol. 12, p. 145–156). London: Hogarth Press. (Original work published 1914)

Freud, S. (1959a). Inhibitions, symptoms, and anxiety. *Standard edition* (Vol. 20, p. 87–174). London: Hogarth Press. (Original work published 1926)

Freud, S. (1959b). Some general remarks on hysterical attacks. *Standard edition* (Vol. 9, p. 229–234). London: Hogarth Press. (Original work published 1909)

Freud, S. (1960). The psychopathology of everyday life. *Standard edition* (Vol. 6). London: Hogarth Press. (Original work published 1901)

Freud S. (1961). Remarks on the theory and practice of dream interpretation. *Standard edition* (Vol. 19, p. 109–121). London: Hogarth Press. (Original work published 1923)

Freud, S. (1963). Introductory lectures on psycho-analysis. *Standard edition* (Vols. 15–16). London: Hogarth Press. (Original work published 1916–1917)

Freud, S. (1964). Analysis terminable and interminable. *Standard edition* (Vol. 23). London: Hogarth Press. (Original work published 1937)

Gabbard, G. O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psycho-Analysis, 76,* 475–485.

Gabbard, G. O. (1996). The analyst's contribution to erotic transference. *Contemporary Psychoanalysis, 32,* 249–273.

Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of Countertransference with borderline patients.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gans, J. S., & Counselman, E. F. (1996). The missed session: A neglected aspect of psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 33,* 43–50.

Garb, H. N. (1997). Race bias, social class bias, and gender bias in clinical judgment. *Clinical Psychology, 4,* 99–120.

Garcia, J. G., & Zea, M. C. (Eds.). (1997). *Psychological interventions and research with Latino populations.* Boston: Allyn & Bacon.

Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 190–228). New York: Wiley.

Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic approach* (2nd ed.). New York: Wiley.

Gay, P. (1988). A *life for our time*. New York: Norton.

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41,* 296–306.

Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Wine, B., & Jones, A. (1997). Transference, insight, and the course of time-limited therapy. *Journal of Counseling Psychology, 44,* 209–217.

Gill, M. M. (1982). *Analysis of transference: Vol. 1. Theory and technique.* New York: *International Universities Press.*

Giovacchini, P. L. (1989). *Countertransference triumphs and catastrophes.* Northvale, NJ: Aronson.

Glenn, J. (1992). Empathy, countertransference, and other emotional reactions of the therapist. In M. J. Aronson & M. A. Scharfman (Eds.), *Psychotherapy: The analytic approach* (p. 73–83). Northvale, NJ: Aronson.

Glenn, J., & Bernstein, I. (1995). Sadomasochism. In B. E. Moore & B. D. Fine (Eds.), *Psychoanalysis: The major concepts* (p. 252–265). New Haven, CT: Yale University Press.

Glick, R. A. (1987). Forced termination. *Journal of the American Academy of Psycho-analysis, 15,* 449–463.

Glickauf-Hughes, C., Wells, M., & Chance, S. (1996). Techniques for strengthening clients' observing ego. *Psychotherapy, 33,* 431–440.

Glover, E. (1955). *The technique of psycho-analysis.* New York: International Universities Press.

Gody, D. S. (1996). Chance encounters: Unintentional therapist disclosure. *Psychoanalytic Psychology, 13,* 495–511.

Goldstein, A. P., & Stein, N. (1976). *Prescriptive psychotherapies.* New York: Pergamon Press.

Goldstein, W. (1996). *Dynamic psychotherapy with the borderline patient.* Northvale, NJ: Aronson.

Gomes-Schwartz, B., & Schwartz, J. M. (1978). Psychotherapy process variables distinguishing the «inherently helpful» person from the professional psychotherapist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 196–197.

Goodyear, R. K., & Shumate, J. L. (1996). Perceived effects of therapist self-disclosure of attraction to clients. *Professional Psychology, 27,* 613–616.

Gorkin, M. (1987). *The uses of countertransference.* Northvale, NJ: Aronson.

Gray, P. (1994). *The ego and the analysis of defense.* Northvale, NJ: Aronson.

Greenberg, R. P., & Staller, J. (1981). Personal therapy for therapists. *American Journal of Psychiatry, 138,* 1467–1471.

Greencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). What are the commonalities among the therapeutic factors. *Professional Psychology, 21,* 372–378.

Greenson, R. R. (1965a). The problem of working through. In M. Schur (Ed.), *Drives, affects, behavior* (p. 227–314). New York: International Universities Press.

Greenson, R. R. (1965b). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly, 34,* 155–181.

Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis.* New York: International Universities Press.

Greenson, R. R., & Wexler, M. (1969). The nontransference relationship in the psychoanalytic situation. *International Journal of Psycho-Analysis, 50,* 27–39.

Grenyer, B. F. S., & Luborsky, L. (1996). Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 411–416.

Grinstein, A. (1983). *Freud's rules of dream interpretation.* New York: International Universities Press.

Groth-Marnat, G. (1990). *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: *Wiley.*

Groves, J. E. (Ed.). (1996). *Essential papers on short-term dynamic therapy.* New York: *New York University Press.*

Grunebaum, H. (1986). Harmful psychotherapy experience. *American Journal of Psychotherapy, 40,* 165–176.
Gurman, A. S., & Messer, S. B. (Eds.). (1995). *Essential psychotherapies: Theory and practice.* New York: Guilford Press.
Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist.* New York: Wiley.
Guy, J. D., & Liaboe, G. P. (1986). The impact of conducting psychotherapy on psychotherapists' interpersonal functioning. *Professional Psychology, 17,* 111–114.
Guy, J. D., Stark, M. J., & Poelstra, P. L. (1988). Personal therapy for psychotherapists before and after entering professional practice. *Professional Psychology, 19,* 474–476.
Halleck, S. L. (1991). *Evaluation of the psychiatric patient.* New York: Plenum Press.
Hare-Mustin, R. T., Marecek, J., Kaplan, A. G., & Liss-Levinson, N. (1979). Rights of clients, responsibilities of therapists. *American Psychologist, 34,* 3–16.
Hattie, J. A., Sharpley, C. F., & Rogers, H. J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin, 95,* 534–541.
Henry, W. E., Sims, J. H., & Spray, S. L. (1971). *The fifth profession: Becoming a psychotherapist.* San Francisco: Jossey-Bass.
Henry, W. E., Sims, J. H., & Spray, S. L. (1973). *Public and private lives of psychotherapists.* San Francisco: Jossey-Bass.
Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 768–774.
Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1991). Vanderbilt University: The Vanderbilt Center for Psychotherapy Research. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (p. 166–174). Washington, DC: American Psychological Association.
Herron, W. G., Javier, R. A., Primavera, L. H., & Schultz, C. L. (1994). The cost of psychotherapy. *Professional Psychology, 25,* 106–110.
Herron, W. G., & Welt, S. R. (1992). *Money matters: The fee in psychotherapy and psychoanalysis.* New York: Guilford Press.
Hersen, M., Kazdin, A. E., & Bellack, A. S. (Eds.). (1991). *The clinical psychology handbook* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
Hersen, M., & Turner, S. M. (Eds.). (1985). *Diagnostic interviewing.* New York: *Plenum Press.*
Hill, C. E. (1996). *Working with dreams in psychotherapy.* New York: Guilford Press.
Hill, C. E., Thompson, B. J., & Mahalik, J. R. (1989). Therapist interpretation. In C. E. Hill (Ed.), *Therapist techniques and client outcomes* (p. 284–319). Newbury Park, CA: Sage.
Hilsenroth, M. J., Handler, L., Toman, K. M., & Padawer, J. R. (1995). Rorschach and MMPI–2 indices of early psychotherapy termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 956–965.
Hinze, E. (1987). Transference and countertransference in the psychoanalytic treatment of older patients. *International Review of Psycho-Analysis, 14,* 465–474.
Hoglend, P. (1993). Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy. *Journal of Personality Disorders, 7,* 168–181.
Holloway, E. L., & Neufeldt, S. A. (1995). Supervision: Its contribution to treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 207–213.
Holmes, D. (1992). Race and transference in psychoanalysis and psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis, 73,* 1–12.
Holt, R. R., & Luborsky, L. (1958). *Personality patterns of psychiatrists.* New York: Basic Books.
Holzman, L. A., Searight, H. R., & Hughes, H. M. (1996). Clinical psychology graduate students and personal psychotherapy: Results of an exploratory survey. *Professional Psychology, 27,* 98–101.
Horowitz, M. J. (1988). *Introduction to psychodynamics.* New York: Basic Books.

Horowitz, M. J. (Ed.). (1991). *Hysterical personality style and the histrionic personality disorder.* Northvale, NJ: Aronson.

Horowitz, M. J., Marmar, C., Krupnick, J., Wilner, N., Kaltreider, N., & Wallerstein, R. (1984). *Personality styles and brief psychotherapy.* New York: Basic Books.

Horowitz, M. J., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1995). Signs of defensive control locate conflicted topics in discourse. *Archives of General Psychiatry, 52,* 1040–1047.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1994). *The working alliance.* New York: *Wiley.*

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38,* 139–149.

Hunt, D. D., Carr, J. E., Dagadakis, C. S., & Walker, E. A. (1985). Cognitive match as a predictor of psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 22,* 718–721.

Hurt, S. W., Reznikoff, M., & Clarkin, J. F. (1991). *Psychological assessment, psychiatric diagnosis, and treatment planning.* New York: Brunner/Mazel.

Hynan, D. J. (1990). Client reasons and experiences in treatment that influence termination of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 46,* 891–895.

Jacobs, T. J., & Rothstein, A. (Eds.). (1990). *On beginning an analysis.* Madison, CT: *International Universities Press.*

Jaffe, A. M. (1981). The negative therapeutic reaction. *Psychotherapy, 18,* 313–319.

Johnson, L. D. (1995). *Psychotherapy in the age of accountability.* New York: Norton.

Johnson, S. M. (1994). *Character styles.* New York: Norton.

Jones, A. S., & Gelso, C. J. (1988). *Differential effects of style of interpretation:* Another look. *Journal of Counseling Psychology, 35,* 363–369.

Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 48–55.

Jones, E. E., Hall, S. A., & Parke, L. A. (1991). The process of change: The Berkeley psychotherapy research group. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (p. 98–106). Washington, DC: American Psychological Association.

Jourard, S. M. (1964). *The transparent self: Self-disclosure and well-being.* Princeton, NJ: Van Nostrand-Reinhold.

Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1993). The immediate impact of transference interpretation in short-term individual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 47,* 508–526.

Kanzer, M. (1961). Verbal and nonverbal aspects of free association. *Psychoanalytic Quarterly, 30,* 327–350.

Karon, B. P., & Vandenbos, G. R. (1981). *Psychotherapy of schizophrenia.* New York: *Aronson.*

Karon, B. P., & Widener, A. J. (1995). Psychodynamic therapies in historical perspective: «Nothing human do I consider alien to me.» In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy* (p. 24–49). New York: Oxford University Press.

Kazdin, A. E. (1990). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology, 41,* 21–54.

Kelly, T. A. (1990). The role of values in psychotherapy: A critical review of process and outcome effects. *Clinical Psychology Review, 10,* 171–186.

Kelly, T. A., & Strupp, H. A. (1992). Patient and therapist values in psychotherapy: Perceived changes, assimilation, similarity, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 34–40.

Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15,* 641–685.

Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis.* New York: Aronson.

Kernberg, O. F. (1993). Convergences and divergences in contemporary psychoanalytic technique. *International Journal of Psycho-Analysis, 74,* 659–673.

Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients.* New York: *Basic Books.*

Knight, B. G. (1996). *Psychotherapy with older adults* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.

Knight, B. G., Kelly, M., & Gatz, M. (1992). Psychotherapy and the older adult. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (p. 528–552). Washington, DC: American Psychological Association.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self.* New York: International Universities Press.

Koocher, G. P. (1995). Ethics in psychotherapy. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy* (p. 456–573). New York: Oxford University Press.

Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L., & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 1009–1016.

Koss, M. P., & Shiang, J. (1994). Research on brief psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 644–700). New York: Wiley.

Kottler, J. A. (1993). *On being a therapist* (Rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Kramer, S. A. (1990). *Positive endings in psychotherapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Kris, A. O. (1982). *Free association: Method and process.* New Haven, CT: Yale University Press.

Kris. A. O. (1985). Resistance in convergent and in divergent conflicts. *Psychoanalytic Quarterly, 54,* 537–568.

Kris, A. O. (1992). Interpretation and the method of free associations. *Psychoanalytic Inquiry, 12,* 208–224.

Kris, E. (1954). Defense mechanisms and psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 2,* 318–326.

Krueger, D. W. (Ed.). (1986). *The last taboo: Money as symbol and reality in psychotherapy and psychoanalysis.* New York: Brunner/Mazel.

Kubie, L. S. (1973). The process of evaluation on psychiatry. *Archives of General Psychiatry, 28,* 880–884.

Kuehlwein, K. T., & Rosen, H. (Eds.). (1993). *Cognitive therapies in action.* San Francisco: Jossey-Bass.

Kupers, T. A. (1988). *Ending therapy: The meaning of termination.* New York: New York University Press.

Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1991). The relation of treatment tearfulness and psychological service utilization: An overview. *Professional Psychology, 22,* 196–203.

Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 76–80.

Lakin, M. (1991). *Coping with ethical dilemmas in psychotherapy.* New York: Pergamon Press.

Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review, 9,* 469–485.

Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.). *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (p. 1–12). Washington, DC: American Psychological Association.

Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (p. 360–390). Washington, DC: American Psychological Association.

Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 143–189). New York: Wiley.

Lane, R. C., & Hull, J. W. (1990). Self-disclosure and classical psychoanalysis. In G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (p. 31–46). New York: Plenum Press.

Langs, R. J., Bucci, W., Udoff, A. L., Cramer, G., & Thomson, L. (1993). Two methods of assessing unconscious communication in psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology, 10,* 1–16.

Levenson, H., Speed, J., & Budman, S. H. (1995). Therapist's experience, training, and skill in brief therapy: A bicoastal survey. *American Journal of Psychotherapy, 49,* 95–117.
Levy, S. T. (1990). *Principles of interpretation.* Northvale, NJ: Aronson.
Lietaer, G., Rombauts, J., & Van Balen, R. (Eds.). (1990). *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties.* Leuven, Belgium: Leuven University Press.
Lipsey, M., & Wilson, D. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist, 48,* 1181–1209.
Lipton, S. D. (1977). The advantage of Freud's technique as sown in his analysis of the rat man. *International Journal of Psycho-Analysis, 58,* 255–273.
Little, M. I. (1981). *Transference neurosis and transference psychosis.* New York: *Aronson.*
Loewald, H. W. (1986). Transference-countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 34,* 275–287.
Loewenstein, R. M. (1954). Some remarks on defenses, autonomous ego and psychoanalytic technique. *International Journal of Psycho-Analysis, 35,* 188–198.
Lorand, S. (1972/1973). Historical aspects and trends in psychoanalytic therapy. *Psychoanalytic Review, 59,* 497–525.
Lorion, R. P. (1973). Socioeconomic status and traditional treatment approaches reconsidered. *Psychological Bulletin, 79,* 263–270.
Lorion, R. P. (1978). Research on psychotherapy and behavior change with the disadvantaged. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., p. 903–938). New York: Wiley.
Lowman, R. L., & Resnick, R. J. (Eds.). (1994). *The mental health professional's guide to managed care.* Washington, DC: American Psychological Association.
Luborsky, L. (1996). Theories of cure in psychoanalytic psychotherapies and the evidence for them. *Psychoanalytic Inquiry, 16,* 257–264.
Luborsky, L., Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 281–287.
Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1991). *Understanding transference: The core conflictual relationship.* New York: Basic Books.
Luborsky, L., Crits-Christoph, P., & Barber, J. (1991). *University of Pennsylvania:* The Penn psychotherapy research projects. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (p. 133–141). Washington, DC: American Psychological Association.
Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S., & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? *American Journal of Orthopsychiatry, 56,* 501–512.
Luborsky, L., Diguer, L., Luborsky, E., McClellan, A. T., Woody, G., & Alexander, L. (1993). Psychological health-sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 541–548.
Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguer, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology, 4,* 53–65.
Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42,* 602–611.
Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry,* 32, 995–1008.
Macalpine, I. (1950). The development of the transference. *Psychoanalytic Quarterly, 19,* 501–539.
Maddi, S. R. (1996). *Personality theories: A comparative analysis* (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
Mahoney, M. J. (Ed.). (1995). *Cognitive and constructive psychotherapies.* New York: Springer.

Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology, 28,* 14–16.
Mahoney, M. J., & Craine, M. H. (1991). The changing beliefs of psychotherapy experts. *Journal of Psychotherapy Integration, 1,* 207–221.
Mahrer, A. R. (1996). *The complete guide to experiential psychotherapy.* New York: Wiley.
Malan, O. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy.* New York: Plenum Press.
Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38,* 133–138.
Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.
Marmor, J. (1990). A broad-based definition of psychotherapy. In J. K. Zeig & W. M. Munion (Eds.), *What is psychotherapy?* (p. 20–23). San Francisco: *Jossey-Bass.*
Martinez, D. (1989). Pains and gains: A study of forced termination. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 37,* 89–115.
Maruish, M. E. (Ed.). (1992). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment.* Hillsdale, NJ: Eribaum.
Masterson, J. F. (1983). *Countertransference and psychotherapeutic technique: Teaching seminars on psychotherapy of the borderline adult.* New York: Brunner/Mazel.
Mathews, B. (1988). The role of patient self-disclosure in psychotherapy: A survey of therapists. *American Journal of Psychotherapy, 42,* 521–531.
Mays, D. T., & Franks, C. M. (1985). *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it.* New York: Springer.
Mays, V. M., & Albee, G. W. (1992). Psychotherapy and ethnic minorities. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (p. 552–570). Washington, DC: American Psychological Association.
McCallum, M., & Piper, W. E. (1997). *Psychological mindedness.* Mahwah, NJ: Erlbaum.
McClure, B. A., & Hodge, R. W. (1987). Measuring Countertransference and attitude in therapeutic relationships. *Psychotherapy, 24,* 325–335.
McCullough, L., & Winston, A. (1991). The Beth Israel psychotherapy research program. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (p. 15–23). Washington, DC: American Psychological Association.
McLaughlin, J. T. (1995). Resistance. In B. E. Moore & B. D. Fine (Eds.), *Psycho-analysis: The major concepts* (p. 95–109). New Haven, CT: Yale University Press.
McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis.* New York: Guilford Press.
Meissner, W. W. (1991). *What is effective in psychoanalytic therapy?* Northvale, NJ: *Aronson.*
Mendelsohn, R. M. (1990). *The manifest dream and its use in therapy.* Northvale, NJ: *Aronson.*
Menninger, K. A., & Holzman, P. S. (1973). *Theory of psychoanalytic technique* (2nd ed.). New York: Basic Books.
Messer, S. B. (1989). Must we be action oriented? *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 8,* 246–250.
Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy.* New York: Guilford Press.
Meyer, G. J., & Handler, L. (1997). The ability of the Rorschach to predict subsequent outcome: Meta-analysis of the Rorschach Prognostic Rating Scale. *Journal of Personality Assessment, 69,* 1–38.
Miller, I. J. (1996a). Managed care is harmful to outpatient mental health services: A call for accountability. *Professional Psychology, 27,* 349–363.
Miller, I. J. (1996b). Some «short-term therapy values» are a formula for invisible rationing. *Professional Psychology, 27,* 577–582.
Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice.* New York: Norton.
Millon, T. (1996). *Disorders of personality* (2nd ed.). New York: Wiley.

Milman, D. S., & Goldman, G. D. (Eds.). (1973). *Acting out.* Springfield, IL: Thomas.
Milman, D. S., & Goldman, G. D. (Eds.). (1987). *Techniques of working with resistance.* Northvale, NJ: Aronson.
Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought.* New York: Basic Books.
Mogul, K. M. (1982). Overview: The sex of the therapist. *American Journal of Psychiatry, 139,* 1–11.
Mohl, P. C, Martinez, D., Ticknor, C., & Huang, M. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179,* 478–481.
Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology, 2,* 1–27.
Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A. W., & Yost, E. B. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 622–628.
Moore, B. E., & Fine, B. D. (Eds.). (1990). *Psychoanalytic terms and concepts.* New Haven, CT: Yale University Press.
Morrison, J. (1995). *The first interview.* New York: Guilford Press.
Mueller, W, J., & Aniskiewicz, A. S. (1986). *Psychotherapeutic intervention in hysterical disorders.* Northvale, NJ: Aronson.
Murphy, R. A., & Halgin, R. P. (1995). Influences on the career choices of psychotherapists. *Professional Psychology, 26,* 422–426.
Nemiroff, R. A., & Colarusso, C. A. (1985). *The race against time: Psychotherapy and psychoanalysis in the second half of life.* New York: Plenum Press.
Norcross, J. C. (1988). The exclusivity myth and the equifinality principle in psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 7,* 415–421.
Olfson, M., & Pincus, H. A. (1994). Outpatient psychotherapy in the United States: I. Volume, costs, and user characteristics. *American Journal of Psychiatry, 151,* 1281–1288.
Oremland, J. D. (1972). Transference cure and flight into health. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 1,* 61–75.
Oremland, J. D. (1991). *Interpretation and interaction.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.
Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy—noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., p. 270–378). New York: Wiley.
Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 6,* 6–27.
Othmer, E., & Othmer, S. C. (1994). *The clinical interview using* DSM-IV. *Vol. 1. Fundamentals. Vol. 2. The difficult patient.* Washington/ DC: American Psychiatric Press.
Panken, S. (1996). The psychoanalytic relationship: Past and present. *Psychoanalytic Review, 83,* 157–179.
Pasternack, S. A. (1988). The clinical management of fees during psychotherapy and psychoanalysis. *Psychiatric Annals, 18,* 112–117.
Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy, 21,* 431–438.
Penn, L. S. (1990). When the therapist must leave: Forced termination of psycho-dynamic therapy. *Professional Psychology, 21,* 379–384.
Perez Foster, R. M., Moskowitz, M., & Javier, R. A. (Eds.). (1996). *Reaching across boundaries of culture and class: Widening the scope of psychotherapy.* Northvale, NJ: Aronson.
Pine, F. (1984). The interpretive moment: Variations on classical themes. *Bulletin of the Menninger Clinic, 48,* 54–71.
Pine, F. (1990). *Drive, ego, object, and self.* New York: Basic Books.
Piper, W. E., Azim, H. F. A., McCallum, M., & Joyce, A. S. (1991). The University of Alberta Psychotherapy Research Center. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research:*

An international review of programmatic studies (p. 82–89). Washington, DC: American Psychological Association.

Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. A. (1993). Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 586–595.

Piper, W. E., McCallum, M., Azim, H. F. A., & Joyce, A. S. (1993). Understanding the relationship between transference interpretation and outcome in the context of other variables. *American Journal of Psychotherapy, 47,* 479–493.

Ponterotto, J. G., Casas, J. M., Suzuki, L. A., & Alexander, C. M. (Eds.). (1995). *Handbook of multicultural counseling.* Newbury Park, CA: Sage.

Pope, K. S., Sonne, J. L., & Holroyd, J. (1993). *Sexual feelings in psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Powell, D. H. (1995). Lessons learned from therapeutic failure. *Journal of Psychotherapy Integration, 5,* 175–181.

Power, M. J., & Brewin, C. R. (1991). From Freud to cognitive science: A contemporary account of the unconscious. *British Journal of Clinical Psychology,* 30, 289–310.

Packer, H. (1968). *Transference and counter transference.* New York: International Universities Press.

Ramirez, M. (1991). *Psychotherapy and counseling with minorities.* New York: Perga-mon Press.

Rangell, L. (1983). Defense and resistance in psychoanalysis and life. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 31,* 147–174.

Rank, O. (1945). *Will therapy and reality.* New York: Knopf.

Raush, H. L., & Bordin, E. S. (1957). Warmth in personality development and in psychotherapy. *Psychiatry, 20,* 351–363.

Reed, G. S. (1994). *Transference neurosis and psychoanalytic experience: Perspectives on contemporary clinical practice.* New Haven, CT: Yale University Press.

Reich, A. (1951). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis, 31,* 25–31.

Reich, A. (1960). Further remarks on countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis, 41,* 389–395.

Reich, W. (1949). *Character analysis* (3rd ed.). New York: Orgone Institute Press. (Original work published 1933)

Reik, T. (1941). *Masochism in modern man.* New York: Grove Press.

Reik, T. (1948). *Listening with the third ear.* New York: Grove Press.

Reisman, J. M. (1971). *Toward the integration of psychotherapy.* New York: Wiley.

Reisman, J. M. (1986). Psychotherapy as a professional relationship. *Professional Psychology, 17,* 565–569.

Renik, O. (1993). Countertransference enactment and the psychoanalytic process. In M. J. Horowitz, O. F. Kernberg, & E. M. Weinshel (Eds.), *Psychic structure and psychic change* (p. 135–158). Madison, CT: International Universities Press.

Reynolds, S., Stiles, W. B., Barkham, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Rees, A. (1996). Acceleration of changes in session impact during time-limited therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 577–586.

Robbins, S. B., & Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology, 34,* 276–282.

Robertson, M. H. (1988). Assessing and intervening in client motivation for psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 7,* 319–329.

Rockland, L. H. (1989a). *Supportive therapy: A psychodynamic approach.* New York: Basic Books.

Rockland, L. H. (1989b). Psychoanalytically oriented supportive therapy: Literature review and techniques. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 17,* 451–462.

Rockland, L. H. (1992). *Supportive therapy for borderline patients.* New York: Guilford Press.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy.* Boston: Houghton-Mifflin.
Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21,* 95–103.
Rogers, C. R. (1974). In retrospect: Forty-six years. *American Psychologist, 29,* 115–123.
Rogers, R. (1995). *Diagnostic and structured interviewing: A handbook for psychologists.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
Roth, S. (1987). *Psychotherapy: The art of wooing nature.* Northvale, NJ: Aronson.
Roughton, R. E. (1995). Action and acting out. In B. E. Moore & B. D. Fine (Eds.), *Psychoanalysis: The major concepts* (p. 130–145). New Haven, CT: Yale University Press.
Sachse, R. (1993). The effects of intervention phrasing on therapist-client communication. *Psychotherapy Research, 3,* 260–277.
Saizman, L. (1968). *The obsessive personality.* New York: Science House.
Saunders, S. M., Howard, K. L, & Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment, 1,* 323–330.
Schafer, R. (1983). *The analytic attitude.* New York: Basic Books.
Schank, J. A., & Skovholt, T. M. (1997). Dual-relationship dilemmas of rural and small-community psychologists. *Professional Psychology, 28,* 44–49.
Schlesinger, H. J. (1969). Diagnosis and prescription for psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic, 33,* 269–278.
Schramski, T. G., Beutler, L. E., Lauver, P. J., & Arizmendi, T. A. (1984). Factors that contribute to posttherapy persistence of therapeutic change. *Journal of Clinical Psychology, 40,* 78–85.
Schuster, D. B. (1955). On the fear of success. *Psychiatric Quarterly, 29,* 412–420.
Scott, J. E., & Dixon, L. B. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 21,* 621–630.
Sederer, L. (1975). Psychotherapy patient transfers: Secondhand rose. *American Journal of Psychiatry, 132,* 1057–1061.
Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist, 50,* 965–974.
Seligman, M. E. P. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologists, 51,* 1072–1079.
Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A. P., Lyons, L. C., Nietzel, M. T., Prout, H. T., Robinson, L., Smith, M. L., Svartberg, M., & Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 355–365.
Shakow, D. (1947). Recommended graduate training program in clinical psychology. *American Psychologist, 2,* 539–558.
Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles.* New York: Basic Books.
Shapiro, D. (1989). *Psychotherapy of neurotic character.* New York: Basic Books.
Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies. *Psychological Bulletin, 92,* 581–604.
Shay, J. J. (1996). «Okay, I'm here, but I'm not talking!» Psychotherapy with the reluctant male. *Psychotherapy, 33,* 503–513.
Sherman, M. D. (1996). Distress and professional impairment due to mental health problems among psychotherapists. *Clinical Psychology Review, 16,* 299–315.
Shevrin, H., Bond, J. A., Brakel, L. A. W., Hertel, R. K., & Williams, W. J. (1996). *Conscious and unconscious processes.* New York: Guilford Press.
Sifneos, P. E. (1987). *Short-term dynamic psychotherapy* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
Silberschatz, G., Curtis, J. T., & Nathans, S. (1989). Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy, 26,* 40–46.
Silberschatz, G., Curtis, J. T., Sampson, H., & Weiss, J. (1991). Mount Zion Hospital and Medical Center: Research on the process of change in psychotherapy. In L. E. Beutler & M. Crago

(Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (p. 56–64). Washington, DC: American Psychological Association.

Silberschatz, G., Fretter, P. B., & Curtis, J. T. (1986). How do interpretations influence the process of psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 646–652.

Singer, E. (1965). *Key concepts in psychotherapy.* New York: Random House.

Smith, D., & Fitzpatrick, M. (1995). Patient-therapist boundary issues: An integrative review of theory and research. *Professional Psychology, 26,* 499–506.

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Spacal, S. (1990). Free association as a method of self-observation in relation to other methodological principles of psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly, 59,* 420–436.

Spence, D. P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis.* New York: Norton.

Spence, D. P. (1995). When do interpretations make a difference? A partial answer to Fliess's *Achensee* question. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 43,* 689–712.

Steenbarger, B. N. (1994). Duration and outcome in psychotherapy: An integrative review. *Professional Psychology, 25,* 111–119.

Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 182–196.

Sterba, R. F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis, 5,* 117–126.

Sterba, R. F. (1953). Clinical and therapeutic aspects of character resistance. *Psychoanalytic Quarterly, 22,* 1–20.

Stone, L. S. (1995). Transference. In B. E. Moore & B. D. Fine (Eds.), *Psychoanalysis: The major concepts* (p. 110–129). New Haven, CT: Yale University Press.

Stone, M. H. (1993). *Abnormalities of personality.* New York: Norton.

Stone, M. H., Albert, H. D., Forrest, D. V., & Arieti, S. (1983). *Treating schizophrenic patients: A clinical/analytical approach.* New York: McGraw-Hill.

Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis, 15,* 127–159.

Strean, H. S. (1985). *Resolving resistances in psychotherapy.* New York: Wiley.

Stricker, G. (1995a). Failures in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 5,* 91–94.

Stricker, G. (1995b). The lessons of failure. *Journal of Psychotherapy Integration, 5,* 183–188.

Stricker, G., & Gold, J. R. (1993). *Comprehensive handbook of psychotherapy integration.* New York: Plenum Press.

Strupp, H. H. (1989). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the researcher? *American Psychologist, 44,* 717–724.

Strupp, H. H. (1995). The psychotherapist's skills revisited. *Clinical Psychology, 2,* 70–74.

Strupp, H. H. (1996a). Some salient lessons from research and practice. *Psychotherapy, 33,* 135–138.

Strupp, H. H. (1996b). The tripartite model and the Consumer Reports study. *American Psychologist, 51,* 1017–1024.

Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy.* New York: Basic Books.

Strupp, H. H., & Butler, S. F. (1990). Psychotherapy. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (p. 3–16). New York: Wiley.

Strupp, H. H., Hadley, S. W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: The problem of negative effects.* New York: Aronson.

Stubbs, J. P., & Bozarth, J. D. (1994). The Dodo bird revisited: A qualitative study of psychotherapy efficacy research. *Applied and Preventive Psychology, 3,* 109–120.

Sue, S., Fujino, D. C., Hu, L., Takeuchi, D. T., & Zane, N. W. S. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 533–540.
Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry.* New York: Norton.
Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview.* New York: Norton.
Sussman, M. B. (1992). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy.* Northvale, NJ: Aronson.
Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding transference.* Hillsdale, NJ: Analytic Press.
Tarachow, S. (1963). *An introduction to psychotherapy.* New York: International Universities Press.
Teri, L., & Logsdon, R. G. (1992). *The future of psychotherapy with older adults. Psychotherapy, 29,* 81–87.
Thompson, A. (1990). *Ethical practice in psychotherapy.* New York: Wiley.
Tracey, T. J., Hays, K. A., Malone, J., & Herman, B. (1988). Changes in counselor response as a function of experience. *Journal of Counseling Psychology, 35,* 119–126.
Train, G. F. (1953). «Flight into health.» *American Journal of Psychotherapy, 7,* 464–483.
Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1993). Relationship of working alliance to mutual and unilateral termination. *Journal of Counseling Psychology, 40,* 33–36.
Trzepacz, P. T., & Baker, R. W. (1993). *The psychiatric mental status examination.* New York: Oxford University Press.
Tuckfelt, S., Fink, J., & Warren, M. P. (1997). *The psychotherapists' guide to managed care in the 21st century.* Northvale, NJ: Aronson.
Turner, S. M., Calhoun, K. S., & Adams, H. E. (1992). *Clinical behavior therapy* (2nd ed.). New York: Wiley.
Tyson, P. (1996). Termination of psychoanalysis and psychotherapy. In E. Nessarian & R. G. Kopff (Eds.), *Textbook of psychoanalysis* (p. 501–524). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Tyson, R. L. (1986). Countertransference evolution in theory and practice. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 34,* 251–274.
Wachtel, P. L. (Ed.). (1982). *Resistance: Psychodynamic and behavioral approaches.* New York: Plenum Press.
Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic communication.* New York: Guilford Press.
Wachtel, P. L., & Messer, S. B. (Eds.). (1997). *Theories of psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.
Wallerstein, R. S. (1967). Reconstruction and mastery in the transference psychosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15,* 551–583.
Wallerstein, R. S. (1983). Defenses, defense mechanisms and the structure of the mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 31,* 201–225.
Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment.* New York: Guilford Press.
Wallerstein, R. S. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation; An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 195–205.
Wallerstein, R. S. (1995). *The talking cures: The psychonalyses and the psychotherapies.* New Haven, CT: Yale University Press.
Watkins, C. E., Jr. (1990). The effects of counselor self-disclosure: A research review. *Counseling Psychologist, 18,* 477–500.
Weinberger, J. (1993). Common factors in psychotherapy. In G. Stricker & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (p. 43–56). New York: Plenum Press.
Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology, 1,* 45–69.
Weiner, I. B. (1991). Theoretical foundations of clinical psychology. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (2nd ed., p. 26–44). New York: Pergamon.

Weiner, I. B. (1992a). *Psychological disturbance in adolescence* (2nd ed.). New York: *Wiley.*
Weiner, I. B. (1992b). Rorschach assessment. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (p. 249–278). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Weiner, I. B., & Bordin, E. S. (1983). Individual psychotherapy. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology* (2nd ed., p. 333–388). New York: Wiley.
Weiner, I. B., & Exner, J. E., Jr. (1991). Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment, 56,* 453–465.
Weiner, M. F. (1978). *Therapist disclosure: The use of self in psychotherapy.* Boston: Butterworth.
Weinshel, E. M. (1984). Some observations on the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly, 53,* 63–92.
Weinshel, E. M. (1990). Some further observations on the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly, 59,* 629–649.
Weisman, A. (1991). Confrontation, countertransference, and context. In G. Adler & P. G. Myerson (Eds.), *Confrontation in psychotherapy* (p. 97–122). Northvale, NJ: Aronson.
Weiss, L. (1986). *Dream analysis in psychotherapy.* New York: Pergamon Press.
Weisz, J. R., & Weisz, B. (1993). *Effects of psychotherapy with children and adolescents.* New York: Sage.
Wells, R. A., & Gianetti, V. J. (1990). *Handbook of brief psychotherapies.* New York: Plenum Press.
Werman, D. S. (1984). *The practice of supportive psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.
Westin, D. (1990). Psychoanalytic approaches to personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (p. 21–65). New York: Guilford Press.
Wheelis, A. B. (1949). Flight from insight. *American Journal of Psychiatry, 105,* 915–919.
Whiston, S, C., & Sexton, T. L. (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology, 24,* 43–51.
Wiens, A. N. (1991). Diagnostic interviewing. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (2nd ed., p. 345–361). New York: Pergamon Press.
Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology, 24,* 190–195.
Willick, M. S. (1995). Defense. In B. E. Moore & B. D. Fine (Eds.), *Psychoanalysis:The major concepts* (p. 485–493). New Haven, CT: Yale University Press.
Wolberg, L. R. (1988). *The technique of psychotherapy* (4th ed.). New York: Grune and Stratton.
Wortis, J. (1954). *Fragments of an analysis with Freud.* New York: Simon & Schuster.
Yutrzenka, B. A. (1995). Making a case for training in ethnic and cultural diversity in increasing treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 197–206.
Zarit, S. H., & Knight, B. G. (1996). A guid*e to psychotherapy and aging.* Washington, DC: American Psychological Association.
Zayas, L. H., Torres, L. R., Malcolm, J., & DesRosiers, F. S. (1996). Clinician's definitions of ethnically sensitive therapy. *Professional Psychology, 27,* 78–82.
Zeidner, M., & Endler, N. S. (Eds.). (1996). *Handbook of coping.* New York: Wiley.
Zeig, J. K., & Munion, W. M. (Eds.). (1990). *What is psychotherapy?* San Francisco: Jossey-Bass.
Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis, 37,* 369–375.

Предметный указатель

Г

Д

Ж

З

И

К

Л

М

Т

У

Ф

Х

Ц



Ирвинг Б. Вайнер — доктор философии, профессор психиатрии и поведенческой медицины Университета Южной Флориды. Занимался клинической и судебной психологией, докторскую степень в области клинической психологии получил в Мичиганском университете; дипломированный член Американского комитета по профессиональной психологии в области клинической и судебной психологии. Автор таких работ, как «Психодиагностика при шизофрении» («Psychodiagnosis in Schizophrenia»), «Психические расстройства в подростковом возрасте» («Psychological Disturbance in Adolescence») и «Клинические методы в психологии» («Clinical Methods in Psychology»).

В книге в общих чертах изложены теоретические и научно-исследовательские основы психотерапии, выделены универсальные принципы, применимые к любому психотерапевтическому подходу. Новое издание классической работы д-ра Вайнера включает также материалы исследований последних лет. Принципы, теория и результаты различных психотерапевтических исследований объединены в систему простых и понятных практических рекомендаций по проведению психотерапии (от вводной беседы до заключительной фазы). Книга будет полезна как студентам, так и опытным практикующим психотерапевтам.



ПИТЕР
WWW.PITER.COM